2e Année. — N° 16. 15 Juillet 1851.

Ce Journal paraît deux fois par mois, le 1er et le 15.

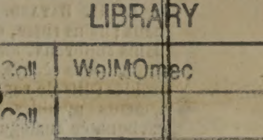
Les lettres non affranchies sont refusées.

6 FRANCS PAR AN

POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.

On ne s'abonne que pour un an du 1er décembre de chaque année.

7 fr. 50 c. pour l'Étranger sans échange postal.



REVUE CLINIQUE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

JOURNAL DES MÉDECINS PRATICIENS

PUBLIÉ SOUS LES AUSPICES ET AVEC LE CONCOURS

DES PRINCIPAUX MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

BUREAU D'ABONNEMENT, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38.

L'Administration ne pouvant faire traite sur les souscripteurs, il est indispensable que le prix d'abonnement soit adressé *franco* au directeur de la *Revue Clinique.*

Le meilleur mode d'abonnement, c'est la poste. — Les frais d'un mandat de poste de 6 fr. sont de 12 centimes seulement.

L'année 1850 (première année de ce Recueil) contient un grand nombre de documents de *Médecine*, de *Chirurgie*, d'*Obstétrique*, de *Thérapeutique*, d'*Hygiène*, de *Médecine légale*, de *Chimie* et de *Pharmacie*, ainsi que les travaux importants des *Académies de Médecine* et des *Sciences*; il forme un beau volume grand in-4° broché, et ne se vend que 4 fr.—Nous engageons vivement nos nouveaux abonnés à faire l'acquisition de ce volume qui forme la tête d'une collection que chaque jour rendra plus importante.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Précis de chimie industrielle à l'usage des écoles préparatoires aux professions industrielles, des fabricants et des agriculteurs, par Payen, membre de l'Institut. (Librairie de Hachette. 1 vol. in-8° et atlas.)

La chimie est liée à la médecine par des rapports si étroits, que l'on nous pardonnera d'indiquer dans ce bulletin un ouvrage dont, à vrai dire, la destination est plutôt à l'adresse des manufacturiers que des médecins. Cependant il ne faudrait pas croire que ceux de nos confrères qui s'occupent des grandes questions d'hygiène, des maladies des ouvriers adonnés à telle ou telle profession, ne pussent tirer quelques enseignements utiles de l'étude des opérations qui composent l'ensemble d'une fabrication industrielle donnée. Sous ce rapport donc, on voit que l'ouvrage de M. Payen n'est pas aussi étranger à la médecine pratique qu'il en a l'air au premier abord.

Considéré au point de vue industriel, ce livre a eu, à sa première édition, un immense succès. Aussi l'auteur a-t-il voulu répondre à ce bienveillant accueil en élargissant le cadre qu'il s'était primitivement tracé. Il s'est attaché, dans cette nouvelle publication, à faire connaître les perfectionnements remarquables introduits dans plusieurs fabrications importantes. Il y a joint la description des procédés de plusieurs industries nouvelles qui réunissent au mérite de l'invention manufacturière un caractère d'utilité générale. Parmi les perfectionnements nous signalerons les procédés d'extraction du phosphore, la désinfection des vidanges, l'épuration du gaz de l'éclairage, le rouissage économique et salubre du chanvre et du lin. Parmi les industries nouvelles, la préparation en grand des allumettes à frottement, des acides gras et des bougies dites stéariques, du blanc de zinc, de la gutta-percha, etc.

Le magnifique atlas qui complète l'ouvrage a reçu d'importantes additions de planches nouvelles, et des dessins sur bois, intercalés dans le texte quand besoin est, achèvent de faire de ce *Précis* un des plus beaux livres de la science chimique appliquée à l'industrie.

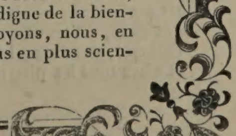
Anthropologie, ou Organes, fonctions et maladies de l'homme et de la femme, par le docteur Bossu.—4e édit. 2 vol. in-8° avec atlas.

M. Bossu commence par avouer franchement qu'il écrit un peu pour les médecins, beaucoup pour les gens du monde. Nous prenons acte de cet aveu sincère et nous ne discuterons pas avec lui la question de principe, où peut-être ne serions-nous pas d'accord.

Toujours est-il que son livre, qui avait commencé par n'être qu'un petit traité fort élémentaire, s'est accru au point d'être aujourd'hui un ouvrage en deux énormes volumes in-8°, contenant un résumé complet de toutes les branches des connaissances médicales qui se rattachent à l'étude de l'organisme sain ou malade. Le tome premier comprend l'anatomie, la physiologie, l'hygiène, la pathologie générale ; le second la pathologie interne et externe et la thérapeutique.

De notables différences séparent cette édition des précédentes. L'auteur a corrigé, retouché ou refondu le texte d'un bout à l'autre. Plusieurs articles nouveaux ont été ajoutés ; mais ce qui la distingue particulièrement, c'est une série d'articles de médecine légale, fondus dans les diverses questions de physiologie, d'hygiène et de pathologie, sur lesquelles l'homme de l'art peut être appelé à donner son opinion pour éclairer la conscience des juges.

Des gravures nouvelles ont été intercalées dans le texte, afin de faciliter l'intelligence du mécanisme des mouvements de l'accouchement, etc., enfin l'auteur s'est efforcé de rendre son ouvrage digne de la bienveillance avec laquelle le public l'a accueilli. Nous croyons, nous, en faire un éloge suffisant en disant qu'il le rend de plus en plus scientifique.



Deuxième année, N° 16. 15 Juillet 1851.

REVUE CLINIQUE.

SOMMAIRE.

Bulletin de la quinzaine.

La discussion sur le pemphigus syphilitique a continué à occuper l'Académie de médecine pendant la quinzaine qui vient de s'écouler, et elle continuera probablement à l'occuper encore pendant une séance au moins. Aucun fait nouveau ne s'est d'ailleurs révélé depuis notre dernier bulletin. M. P. Dubois, dans un remarquable discours, que son étendue nous empêche malheureusement de reproduire, mais que les personnes que ce discours pourrait intéresser particulièrement trouveront textuellement dans le numéro du 10 courant de la *Gazette des Hôpitaux*, M. Dubois a exposé, avec une grande force de logique et une extrême élégance de forme, les faits et les raisons qui le portent à considérer comme un symptôme syphilitique bien caractérisé, le pemphigus des nouveau-nés, et comme un symptôme très-probablement de même nature les abcès du thymus et des poumons. Les raisons de M. Dubois paraîtront convaincantes, nous n'en doutons pas, à tous ceux qui les liront attentivement.

Cette discussion importante n'a pas empêché quelques autres communications d'un intérêt marqué. Ainsi M. Malgaigne a lu une note sur un nouveau procédé d'opération dans le fongus du testicule; M. Soubeyran a donné lecture d'un rapport fort intéressant sur les eaux minérales sulfureuses des Pyrénées; enfin MM. Amussat et Baudens ont fait deux communications intéressantes : le premier, sur un cas d'anévrisme guéri par la galvano-puncture; le second, sur une ablation très-remarquable du maxillaire supérieur.

— A l'Académie des sciences, M. Baudens a encore présenté un appareil très-ingénieux pour les ruptures du ligament rotulien, et des observations qui prouvent l'utilité, l'efficacité de cet appareil. M. Béclard a fait connaître des recherches extrêmement délicates sur l'endosmose et a proposé une nouvelle explication de ce curieux phénomène; enfin M. Sédillot, de Strasbourg, a annoncé une nouvelle *eau hémostatique* que les observations recueillies par ce savant professeur lui-même semblent, en effet, démontrer être plus efficace que toutes celles, bien nombreuses comme on sait, vantées jusqu'à ce jour, et proposées en général par des charlatans. Puisse l'eau qui se présente aujourd'hui sous le patronage de M. Sédillot n'avoir pas le sort de celles qui l'ont précédée!

— En dehors des académies tout s'est tenu dans le calme, si ce n'est un médecin de Bicêtre à qui il a pris la fantaisie d'annoncer, dans une feuille publique, l'apparition du choléra dans l'établissement confié à ses soins. Cette mauvaise plaisanterie lui a valu un mois de suspension de ses fonctions.

— Enfin, nous devons signaler avec satisfaction le jugement de la Cour d'appel de Paris qui a cassé le jugement de première instance dans l'affaire Boulard, et a décidé que le privilége de la créance pour frais de dernière maladie doit passer avant le privilége du propriétaire.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.

Sur un cas d'infiltration graisseuse des muscles sans changement de volume.

PAR M. LE DOCTEUR BÉRAUD.

Il s'agit d'une femme, de quarante à quarante-cinq ans, apportée dans les pavillons de dissection de l'Ecole pratique, et sur laquelle on ne peut malheureusement fournir de renseignements.

La tête, la poitrine et le ventre étaient ouverts; le cerveau, le poumon et le cœur étaient enlevés, ainsi que le foie. Cette femme était d'une taille au-dessus de la moyenne, d'une bonne conformation; elle avait des formes arrondies et des mamelles très volumineuses, et au premier aspect elle ne paraissait pas très grasse. Cependant un examen attentif m'a fait voir les altérations suivantes :

La peau est rude, sèche, brunâtre; le tissu cellulaire sous-cutané est rempli de graisse en quantité assez notable, sans dépasser pourtant les limites ordinaires; mais les muscles du tronc et des membres étaient envahis par la graisse à un degré plus ou moins avancé, suivant les régions où on les considérait.

Au tronc, les muscles pectoraux, ceux des parois abdominales, ceux des gouttières vertébrales étaient d'un aussi beau jaune que la plus belle graisse; on n'y reconnaissait plus la moindre trace des fibres musculaires. Les muscles intercostaux et le diaphragme, quoique un peu graisseux, offraient encore une coloration très prononcée qui contrastait avec celle des muscles voisins.

Au membre supérieur, on rencontrait les mêmes altérations vers la racine, et la graisse allait en diminuant de quantité à mesure que l'on se rapprochait de la main. Ainsi, tous les muscles de l'épaule étaient graisseux à un degré aussi prononcé que ceux du tronc; ceux du bras l'étaient encore,

mais d'une manière moins prononcée : on y voyait çà et là quelques fibres d'un rouge très pâle. Les extenseurs et les fléchisseurs étaient également et uniformément atteints. A l'avant-bras, les progrès du mal étaient moins avancés. La graisse avait bien envahi les muscles de la région antérieure et ceux de la région postérieure ; mais c'était d'une manière bien plus prononcée à la partie supérieure, vers le coude que vers le poignet, où la fibre musculaire reprenait peu à peu tout son éclat. A la main, elle se trouvait exempte de toute altération dans sa couleur, sa consistance et ses propriétés.

Au membre inférieur, les muscles offraient le même ordre de phénomènes. Ainsi grande quantité de graisse dans ceux de la racine du membre, absence totale dans les extrémités après avoir diminué insensiblement dans les points intermédiaires. Les fessiers, les psoas, les iliaques, les pelvitrochantériens à droite et à gauche étaient totalement infiltrés de graisse et d'une manière égale et symétrique. C'est dans le grand fessier que l'on peut bien voir que le muscle a bien conservé sa forme ; au lieu de faisceaux musculaires on a des faisceaux de coloration jaunâtre, d'un aspect huileux et laissant suinter de la matière grasse liquide. A la cuisse, comme au bras, la graisse diminuait d'une manière assez appréciable, et la coloration jaune-paille devenait un peu plus foncée. Déjà à la jambe, au milieu des faisceaux complétement envahis, on voyait çà et là quelques fibres d'un rouge pâle ; mais ici, comme au membre supérieur, on voit que la graisse s'est déposée symétriquement à droite et à gauche sur les extenseurs comme sur les fléchisseurs. Au pied comme à la main, la fibre musculaire n'avait rien de changé dans ses propriétés physiques.

Les muscles de la face, de l'orbite, ceux du cou sont exempts de toute altération. Il n'existait au niveau des articulations rien de particulier. Les tissus fibreux aponévrotiques, le périoste ne paraissent pas atteints par la graisse; au contraire, pouvant être séparés facilement des parties voisines, ils ont l'aspect très prononcé : cependant ils n'offrent la même consistance que dans l'état normal. Les viscères qui restaient dans l'abdomen, comme le foie et la rate, ne m'ont rien offert de particulier.

Les faits constatés dans cette autopsie peuvent se résumer dans les quatre particularités suivantes :

1° Altération graisseuse des muscles sans atrophie ;

2° Envahissement successif de la graisse en partant du tronc vers les extrémités ;

3° Absence de déviation dans les articulations ;

4° Intégrité d'une partie du système musculaire.

Quelle interprétation peut-on donner à une telle maladie ? Peut-on dire qu'il y avait là ce que Sauvages et Cullen ont décrit sous le nom de *polysarcie ?* Nous ne le pensons point, à cause de ce caractère que la graisse n'avait pas été déposée dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Faut-il croire qu'il s'agissait de cette affection qu'on a décrite récemment sous le nom d'*atrophie progressive des muscles ?* Non, puisque, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, le volume apparent des muscles n'était pas diminué.

Serait-ce alors la suite d'une paralysie? Nous ne le croyons pas plus, parce que la paralysie siégeant sur une aussi grande étendue n'aurait pas laissé la malade vivre assez de temps pour que des altérations semblables se fussent produites.

Il faut donc penser qu'il s'agit là d'une maladie spéciale du système musculaire, maladie qui serait sous la dépendance d'une cause qui nous échappe, et sur laquelle il serait bon que les pathologistes éclairés par les découvertes récentes de la physiologie fissent des recherches sérieuses.

(*Comptes-rendus de la Société de Biologie.*)

Nouveau moyen antisyphilitique.

Bichromate de potasse employé dans un cas d'infection constitutionnelle.

PAR M. LE DOCTEUR VICENTE.

M. de G..., âgé de vingt-huit ans, demeurant à Paris, aux bains de la rue de la Pépinière, eut, il y a trois ans, un chancre induré qui fut cautérisé par un médecin de Vienne, qu'il habitait alors. Au bout de huit jours le chancre était cicatrisé, et pendant un mois M. de G... prit tous les jours une et deux pilules de proto-iodure de mercure. Après ce traitement, son médecin lui assura qu'il était guéri. Six mois plus tard, M. de G... quitta Vienne pour venir habiter Paris, et peu de temps après son arrivée il vint me consulter pour un petit bouton qu'il avait au front depuis quelques jours ; ce bouton n'était autre chose qu'une plaque sèche syphilitique ; les antécédents, l'alopécie et l'engorgement des ganglions cervicaux postérieurs ne me laissèrent aucun doute sur le diagnostic de cette affection. M. de G... fut soumis à un traitement mercuriel énergique qui n'empêcha pas cependant le développement de plusieurs autres plaques syphilitiques, car huit jours après tout le cuir chevelu se couvrit de croûtes, qui disparurent au moyen d'onctions faites avec une pommade composée de turbith minéral. Quelques plaques isolées se présentèrent aussi sur les bras, et furent guéries de la même manière. Le malade prit pendant quarante jours plus de 150 pilules de proto-iodure de mercure (1 grain chacune), et il se crut encore une fois guéri.

Ne partageant pas l'opinion de ceux qui croient les maladies radicalement guéries lorsqu'après un traitement mercuriel tous les phénomènes syphilitiques ont disparu; convaincu du contraire par les nombreuses récidives que j'ai observées chez des personnes qui ont suivi plusieurs traitements antisyphilitiques très énergiques dirigés par moi-même, et dont les observations bien détaillées se trouvent consignées dans le deuxième volume de mon *Tratado theorico-practico de las enfermedades venenas y syfiliticas ;* autorisé enfin par des cas très nombreux de récidive que j'ai aussi observés pendant quatre ans à la clinique de M. Ricord; pensant, dis-je, avec ce célèbre syphilographe, que des accidents constitutionnels les mieux traités et parfaitement effacés peuvent se présenter de nouveau sous différentes formes au bout d'un temps plus ou moins long, sans qu'il soit besoin d'une nouvelle infection, j'ai l'habitude d'en prévenir les malades, comme je le fis alors à l'égard de M. de G....

En effet, au bout d'un an, les plaques syphilitiques reparurent de nouveau, comme la première fois, à la tête et aux avant-bras, et de plus sur les commissures des lèvres et sur le bord de la langue. Le traitement mercuriel fut suivi alors pendant deux mois ; les croûtes de la tête tombèrent après les onctions de pommade de turbith minéral, mais les plaques de la bouche persistèrent pendant cinq mois, et ne disparurent qu'après les avoir touchées pendant longtemps avec le crayon de sulfate de cuivre. Le malade était encore une fois guéri ; mais huit mois plus tard il vint me trouver, se plaignant d'avoir mal à la bouche. Le timbre de la voix était changé; sur la voûte palatine se voyait une traînée d'ulcères superficiels, dont deux plus profonds que les autres entouraient la luette et allaient se perdre derrière le voile du palais. Cet état du malade me fit concevoir des craintes réelles pour sa luette, que je voyais pour ainsi dire sapée par la base. La forme de ces ulcérations était due à la réunion de plusieurs plaques syphilitiques.

M. de G... avait déjà pris beaucoup de mercure, à trois reprises différentes. Je me décidai à le soumettre à un traitement antisyphilitique nouveau qui m'avait été indiqué par un chimiste distingué de Paris, dont je prononcerai tout à

l'heure le nom. Ce nouveau médicament est le *bichromate de potasse*, que j'administrai en pilules à M. de G..., à la dose d'un quart de grain. Au bout de trois jours il prenait deux pilules; trois jours après, il en prit une le matin, une à midi, et la troisième en se couchant. Le quinzième jour, le nombre fut élevé à cinq, deux le matin, deux à midi, et une le soir. Les premières deux pilules qu'il avait prises à la fois lui occasionnèrent quelques nausées; mais l'estomac s'habitua bientôt à ce sel; et prenant cinq pilules par jour, comme je viens de le dire, le malade en consomma deux boîtes de 80 pilules chacune.

En même temps que les pilules du bichromate de potasse, j'avais conseillé des gargarismes iodés (3 pour 100 d'eau distillée). Au bout de quinze jours de ce traitement les ulcères de la bouche changeaient d'aspect ; de profonds qu'ils étaient, ils commencèrent à devenir plus superficiels; le timbre de la voix n'était plus le même; ce qui me fit grand plaisir, car j'avais craint que la luette ne tombât. Enfin deux mois plus tard tout était cicatrisé et la voix revenue à son état normal.

Pendant ce traitement, le malade eut un appétit dévorant. « Autant, me disait-il, les pilules de mercure m'occasionnaient une espèce de malaise dans l'estomac et m'ôtaient tout appétit, autant celles que je prends maintenant me donnent une faim insatiable. » En effet, depuis deux ans que je traite M. de G..., je ne l'ai jamais vu aussi bien portant.

Que conclure de cette observation ? Le but que je me suis proposé en la publiant n'est pas, certes, de présenter le bichromate de potasse comme un antisyphilitique qui doit dès aujourd'hui remplacer le mercure; il faudra pour cela des faits nombreux et plus concluants; mais j'ai cru devoir publier néanmoins cette observation, afin d'engager les praticiens à employer le bichromate de potasse, qui, d'après les vues théoriques de M. Edouard Robin, doit jouir de propriétés antisyphilitiques pour le moins aussi énergiques que les préparations mercurielles.

C'est dans des conférences particulières que j'eus avec ce savant chimiste que, le questionnant sur la possibilité de trouver une préparation chimique qui pût se substituer au mercure, il me répondit : « Nombre de composés exercent sur les matières animales un mode d'action analogue à celui des mercuriaux, nombre de composés doivent jouir de leurs propriétés antisyphilitiques. Parmi ces composés, il en est même quelques-uns dont l'action antisyphilitique pourra être supérieure à celle du mercure. » C'est alors qu'il m'indiqua le bichromate de potasse, dont je fis prendre à M. de G... 160 pilules de un quart de grain. Je rappellerai ici que cette fois le malade eut des accidents syphilitiques plus graves, plus profonds que les précédents et qui ont disparu plus vite. Je suis convaincu que les gargarismes iodés ont beaucoup contribué à une cicatrisation si rapide des ulcères de la bouche ; mais pour moi il est hors de doute que le bichromate de potasse n'est pas resté sans effet antisyphilique.

Disons en résumé :

1° Que notre malade a mieux supporté le bichromate de potasse que les préparations mercurielles; que lorsqu'il était sous l'influence du mercure il était sans appétit, triste, pâle et maigre, au lieu que pendant et après l'usage du bichromate de potasse l'appétit est revenu, et avec lui la gaieté, les couleurs et l'embonpoint ;

2° Que les plaques syphilitiques de la bouche profondément ulcérées ont disparu plus vite cette fois que lorsqu'il a été soumis au traitement mercuriel ;

3° Enfin que, si des expériences ultérieures venaient confirmer ou prouver l'action antisyphilitique du bichromate de potasse, son emploi nous serait plus facile chez beaucoup de personnes qui, ayant horreur du mercure, se refusent à le prendre, préférant ne rien faire et se laissant ainsi miner par le virus syphilitique.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Corps étranger du genou. Opération en deux temps. Nouveau procédé.

PAR M. JOBERT, CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU.

A la salle Saint-Côme est couché depuis le 28 mai dernier un homme de quarante-six ans, exerçant la profession de commissionnaire, se livrant, par conséquent, habituellement à des travaux assez rudes et fatigants, et cela depuis longues années. Il est fort, robuste, d'une constitution athlétique. Voici sur ses antécédents, ayant trait ou non à sa maladie actuelle, ce que nous sommes parvenu à recueillir.

A l'âge de sept ans il eut une vive frayeur. Etant sorti le soir, il vit se dresser devant lui un objet blanc dont il eut grand'peur ; et telle fut l'émotion qu'il éprouva, qu'il perdit subitement la parole. On n'a pu savoir de lui, à cette époque ni depuis, s'il perdit connaissance et s'il fit une chute. Depuis ce moment, il n'a jamais recouvré complétement la parole ; il parle et se fait comprendre ; mais ce n'est que difficilement qu'il prononce certaines voyelles.

En 1830, il reçut un coup de lance au genou gauche (c'est le genou droit qui est actuellement malade) ; la plaie du genou gauche, superficielle, se cicatrisa très rapidement. Peu de mois après, en fendant du bois avec une hachette, il se fit au même genou une blessure également légère, et qui n'eut aucune suite grave.

Ce ne fut qu'en 1849 qu'il s'aperçut pour la première fois de symptômes pouvant se rattacher à la maladie actuelle du genou droit. Voici ce qui lui arriva, et ce qu'il nous a raconté : en voulant soulever un fardeau très lourd, une fontaine en pierre qu'il allait mettre sur ses crochets, il ressentit dans l'intérieur du genou droit une douleur tellement vive, qu'il dut s'arrêter un instant; mais au bout de quelques minutes il se trouva assez bien pour continuer son travail, qu'il n'interrompit pas de tout le reste de la journée.

Le lendemain et jours suivants, il survint un peu de gonflement, accompagné d'un sentiment de gêne dans les mouvements de flexion et d'extension. Il resta peu de jours au lit, et put ensuite se livrer à des occupations aussi rudes qu'avant l'accident.

En août 1850, six mois après cet événement, en montant un escalier, au moment où il faisait le mouvement de lever la jambe et de la plier, il éprouva la même douleur que la première fois, avec sensation d'un craquement dans le genou droit encore. Il fut obligé de s'arrêter complétement; l'articulation devint le siége d'un gonflement énorme, qui fut combattu par des sangsues, des émollients, enfin tout le cortége des antiphlogistiques. Il finit par se rétablir, et la guérison se maintint jusqu'au mois de mai de cette année.

Vers le milieu du mois de mai dernier, il se promenait un soir sur le boulevard, lorsque, sans cause connue, il éprouva pour la troisième fois une nouvelle attaque de douleurs. Ce jour-là il ne regagna son logis qu'avec beaucoup de peine et de difficulté; il dut, en rentrant, se mettre au lit, et depuis cette époque il ne s'est pas levé.

Le 28 mai il entre à l'Hôtel-Dieu dans l'état suivant :

Le genou droit, beaucoup plus volumineux que le gauche, présente tous les signes d'un épanchement intra-articulaire. On perçoit une fluctuation évidente. Aujourd'hui encore (13 juin), bien que le liquide ait été en partie résorbé, il y en a une assez grande quantité pour que l'on puisse facile-

ment en constater la présence. Lorsque l'on presse le genou latéralement, la rotule est soulevée à 1 centimètre ou 2 des condyles du fémur. En même temps qu'il est plus volumineux, le genou est déformé. On pourrait croire, au premier abord, qu'il existe une subluxation; mais un examen attentif fait reconnaître une déformation d'une des tubérosités du tibia, avec hypertrophie, probablement uniquement due à la formation de ces sortes de stalactites, de cristallisations qui se rencontrent assez souvent dans les cavités articulaires.

Ce qu'il y a de certain, c'est que la déformation du genou n'est pas seulement produite par la présence du liquide, et ce qui le prouve, c'est que toutes les fois qu'on exerce une certaine pression sur l'articulation, on éprouve une sensation particulière déterminée par un corps étranger solide. Tous ceux qui ont touché cette articulation ont éprouvé cette sensation. Le corps étranger se déplace facilement sous le doigt qui le chasse; on perçoit non pas seulement un frôlement, un frottement; il se passe là quelque chose de plus complexe, une sorte de crépitation multiple due à cette circonstance, qu'il existe à la surface du corps étranger des granulations, des irrégularités.

On a dû porter une attention toute particulière sur la forme et l'étendue du corps étranger. D'une exploration attentive il résulte qu'il doit avoir dans sa plus grande longueur 5 ou 6 centimètres, volume énorme pour un corps de cette espèce. Nous ne trouvons dans les annales de la science aucun fait dans lequel on ait eu affaire à une production qui se rapproche de cette grosseur. On trouve bien dans les auteurs la description de corps étrangers ayant le volume d'une amende, d'un marron. M. Velpeau parle d'un corps étranger du volume d'un marron, qu'il a vu, en 1822, extraire d'un genou à l'hôpital Saint-Louis. Le plus ordinairement, ils ne dépassent pas le volume d'un grain d'orge.

Le *Journal de Chirurgie* de M. Malgaigne a publié, en décembre 1846, une observation de notre service sur laquelle nous reviendrons, et qui est relative à un sujet du genou duquel nous avons extrait un corps étranger assez volumineux aussi.

Dans le cas actuel, le corps étranger est très mobile. On peut lui imprimer des mouvements de va-et-vient, le faire passer sous la rotule ou le faire remonter dans le grand cul-de-sac supérieur de l'articulation, où on le fixe et l'immobilise facilement. On a mesuré les genoux, et on leur a trouvé des dimensions très différentes. Ainsi, au genou gauche, on constate 0,35 m. de circonférence au niveau du grand cul-de-sac de la synoviale, 0,34 au milieu de la rotule. Au genou droit, au contraire, on trouve 0,37 au niveau du grand cul-de-sac, 0,38 du niveau du milieu de la rotule. Cette augmentation de volume est due au travail inflammatoire qui a atteint l'articulation.

Nous pourrions vous rapporter des faits nombreux qui démontrent que, dans des circonstances analogues à celles où nous nous trouvons, les os subissent fréquemment des altérations plus ou moins grandes. Richerand avait opéré une femme qui succomba à un phlegmon diffus, suite de l'opération, et chez laquelle on trouva le fémur et le tibia considérablement augmentés de volume par la présence dans l'articulation des stalactites osseuses dont nous avons parlé.

Le malade qui fait le sujet de cette conférence est tombé plusieurs fois. Une question se présente ici. Le malade est-il tombé parce qu'il avait un corps étranger dans le genou, ou bien la présence du corps étranger est-elle la conséquence, le résultat de ces chutes? Comment s'est développée dans l'articulation la production anomale que nous y constatons? Il nous paraît à peu près impossible de supposer que le corps étranger soit le résultat des accidents éprouvés; il n'aurait pu, en aussi peu de temps, acquérir un volume aussi considérable. Nous sommes fondé à croire qu'il existait là depuis longtemps, caché dans un des sinus ou replis du grand cul-de-sac; ce ne doit être que du moment où il s'est déplacé qu'il est devenu incommode et que le malade s'est aperçu de sa présence.

Il n'est pas besoin de vous rappeler que les corps étrangers des articulations ont des origines bien diverses, sont produits par des maladies bien différentes. On a dit qu'un cartilage pouvait s'être déplacé; en général, les causes qui produisent l'*écornement* des cartilages sont accompagnées d'accidents très sérieux et très graves. On a cherché, de nos jours, à établir que les corps étrangers se forment en dehors de l'articulation, et que, s'y engageant par degrés, ils poussent devant eux la synoviale, de manière à s'en former une enveloppe et qu'elle en constitue le pédicule. Cette opinion, émise par Hunter, soutenue par A. Cooper et par Béclard, ne nous paraît pas se rapporter aux cas les plus ordinaires.

Nous pensons, nous, que le liquide synovial peut subir des altérations particulières, desquelles on ne s'est peut-être pas encore assez occupé. Des portions de fausses membranes, développées par suite de causes variées, peuvent exister dans les cavités articulaires, s'isoler, passer par différents états, devenir osseuses et donner lieu, par suite, à des accidents de la nature de ceux que nous observons chez l'individu que nous allons faire passer sous vos yeux.

Est-il vrai que du sang déposé à l'extérieur de l'articulation puisse donner naissance à un corps étranger, organisé ou non, cartilagineux ou osseux, ou bien qui demeure dans un état de mollesse plus ou moins grande? Je ne suis pas éloigné d'admettre que, dans certains cas, les choses puissent se passer de cette manière; que du sang épanché dans l'articulation donne naissance à des corps étrangers de forme et de nature différentes. Les éléments du sang peuvent être résorbés, à l'exception de la fibrine, qui devient le noyau du corps étranger; mais il lui faut sans doute longtemps pour parvenir à cet état.

Nous avons adopté, pour l'étude et le traitement des corps étrangers intra-articulaires, une classification que nous croyons nouvelle. Nous les divisons en corps étrangers mobiles, comme dans le cas qui nous occupe ici, et en corps étrangers immobiles. Ces derniers peuvent ou présenter un pédicule, ou adhérer à l'un des bords de la rotule. L'hydarthrose est toujours le symptôme de la présence des corps étrangers dans les articulations. Nous ne connaissons pas d'exemple de corps étrangers sans épanchement articulaire.

Quel est le traitement que nous emploierons chez notre malade actuel?

Aurons-nous recours à la compression, à l'extraction, ou le fixerons-nous dans un point donné où il ne puisse apporter aucune gêne aux mouvements, et se trouve isolé de l'articulation? Disons d'abord que jamais un corps étranger, cartilagineux ou osseux, ne peut être détruit par la compression. L'absorption ne s'exerce que très mal sur des corps de cette nature. Nous avons, dans une circonstance, essayé pendant cinq mois la compression sur un corps étranger de cette espèce, et il n'a pas subi la moindre modification. Le malade a dû abandonner l'appareil, fort ingénieux, du reste, imaginé par M. Charrière pour exercer cette compression; le seul résultat du traitement fut une atrophie du genou. La compression ne produit donc pas des résultats assez satisfaisants. Pour qu'elle fût efficace, il faudrait qu'elle fût et complète et continuelle; or elle est trop douloureuse pour que l'on puisse agir de la sorte.

Ambroise Paré nous a conservé l'histoire de l'opération qu'il faisait pour retirer les corps étrangers du genou; il faisait tout simplement une incision sur ce corps, et le retirait. Les chirurgiens modernes, et Lisfranc lui-même, qui a

rendu de grands services à l'art, ne modifièrent pas beaucoup le procédé opératoire. Lisfranc conseillait de mettre le malade au repos pendant un mois et demi au moins avant de pratiquer l'opération, qu'il regardait comme des plus dangereuses et qu'il était nécessaire de faire précéder de la cessation, autant que possible, de toute inflammation articulaire; il avait, sous ce dernier rapport, grandement raison, et ce principe est un de ceux qui nous ont guidé jusqu'à présent.

Ce qui constituait un des principaux dangers de l'opération, c'était la pénétration de l'air dans l'articulation. Cette observation a conduit à l'invention du nouveau procédé opératoire que l'on a appelé méthode sous-cutanée, et dont les premières applications se sont largement étendues depuis ces dernières années à toutes les parties de la chirurgie. C'est à M. Goyrand, d'Aix, que revient l'honneur d'avoir le premier appliqué la méthode sous-cutanée à l'opération dont il s'agit. M. Goyrand proposait de faire un pli à la peau, de fixer le corps étranger dans le cul-de-sac de la synoviale, et, une fois les rapports de la peau et de l'articulation détruits, d'inciser profondément jusque sur le corps étranger dont on faisait l'extraction. D'autres fois, le même chirurgien ne fait pas l'extraction, mais opère seulement le déplacement du corps, qui se loge dans le tissu cellulaire, où il s'enkyste assez facilement.

Certes, la découverte de M. Goyrand est d'une haute importance; quant à la question de savoir si l'on doit ou non laisser un corps semblable enfoui dans l'épaisseur des chairs ou des parties molles, nous n'avons pas d'opinion absolue. Nous approuvons M. Goyrand quand il s'agit d'un corps étranger d'une certaine mollesse; mais quand le corps étranger est dur, osseux, nous ne croyons pas qu'il faille l'abandonner. Le procédé de M. Goyrand n'est pas acceptable quand il s'agit d'un corps dur.

Quelle que soit la consistance du corps étranger, nous nous servons toujours de la méthode sous-cutanée; mais, suivant qu'il est osseux, cartilagineux, mou, vasculaire, nous modifions le procédé. S'agit-il d'un corps étranger mou (et dernièrement, en présence de MM. Bégin et Rayer, j'en ai opéré deux ainsi), je le fais sortir de l'articulation par une incision sous-cutanée de la synoviale, je le fixe hors de l'articulation et je le broie sur place; puis je le maintiens à l'endroit même où j'ai pratiqué le broiement, jusqu'à ce que l'absorption en soit faite complétement. Une fois broyé, il disparaît assez rapidement et sans aucun accident. Quand nous avons affaire à un corps cartilagineux ou osseux, nous n'agissons pas de même. Nous chassons le corps étranger de l'articulation; nous le laissons dans sa nouvelle position jusqu'à ce que la plaie sous-cutanée de l'articulation soit fermée, ce qui dure sept à huit jours; puis nous faisons une incision à l'aide de laquelle nous le retirons au dehors. En général, et quand nous le pouvons, nous pratiquons l'incision du côté externe, et non du côté interne, comme le font beaucoup de chirurgiens. Nous avons opéré nombre de malades par ce procédé, et nous n'en avons jamais vu résulter aucun accident.

En résumé, voici la classification que nous établissons pour les corps étrangers des articulations. Corps étrangers immobiles, corps étrangers mobiles. Parmi ces derniers:

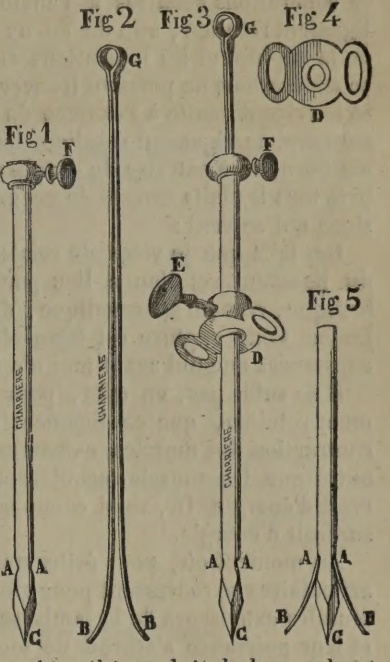
1° Corps mous, devant être expulsés de l'articulation, broyés en place et fixés dans les parties molles voisines, où l'absorption s'empare de leurs éléments;

2° Corps solides, durs, devant être extraits de l'articulation, mais par la méthode sous-cutanée et en deux temps.

— Après ces quelques considérations, M. Jobert procède à l'opération que nous allons décrire un peu plus bas.

L'instrument dont il s'est servi, et qui a été exécuté avec beaucoup d'intelligence par M. Charrière pour remplir les indications signalées par le chirurgien, se compose de plusieurs pièces que nous allons décrire, et pour la plus claire description desquelles nous avons voulu présenter à nos lecteurs la figure ci-jointe. (*Voir* plus loin.)

La pièce principale de l'instrument est une canule creuse (*fig.* 1), légèrement aplatie latéralement, terminée par un fer de lance C, au-dessous duquel se trouvent deux ouvertures A A, ovalaires, communiquant avec l'intérieur de la canule. Cette canule est munie, à son autre extrémité, d'une vis de pression destinée à fixer la double tige intérieure qui doit y manœuvrer. Dans le sens de sa longueur, monte ou descend à volonté, se fixant à l'aide d'une vis de pression E, un anneau ovalaire muni de deux oreilles, tournant à volonté sur son axe, en forme de *bague folle* (*fig.* 4, D).



Une tige d'acier fort mince, courbée sur elle-même, de manière à se doubler, trempée en ressort, et dont les deux extrémités divergent (*fig.* 2), est introduite dans la canule d'acier et disposée de telle sorte que chacune des extrémités B B doit sortir par les ouvertures A A.

La *fig.* 3 représente l'instrument tout monté, prêt à fonctionner; enfin, la *fig.* 5 représente l'extrémité active de l'instrument au moment de son entier développement.

Voici comment procède M. Jobert :

Sur le côté externe de l'articulation, au niveau du milieu de la tubérosité du tibia, il introduit de bas en haut un ténotome pointu, à l'aide duquel il ouvre largement, sous la peau, la capsule articulaire; puis il retire le ténotome, et, traversant la peau avec le fer de lance de l'instrument, au niveau de la partie moyenne de la rotule environ, et dans le point correspondant à l'ouverture de la synoviale, il pique le corps étranger avec la pointe du fer de lance, le fait sortir de l'articulation et le déprime dans le tissu cellulaire sous-cutané. Cette manœuvre étant exécutée, la double tige d'acier est poussée dans la canule jusqu'à ce que ses extrémités viennent faire saillie par les yeux A A. L'instrument présente alors la forme d'un trident (*fig.* 5), qu'il conserve en raison de la pression de la vis F. Le corps étranger est ainsi fixé en dehors de l'articulation; et si l'on veut, une petite courroie en caoutchouc passée dans les deux oreilles de la bague, et entourant le membre, exerce sur lui une pression continue dont on modère la force à volonté.

Le corps étranger sera maintenu dans cette position jusqu'après la cicatrisation de la plaie de la synoviale, époque à laquelle, aucun danger n'existant plus pour la pénétration de l'air extérieur dans la cavité articulaire, l'instrument compresseur sera retiré, et le corps étranger sera extrait au moyen d'une incision faite aux téguments.

Aujourd'hui (14 juillet) ce malade est entièrement guéri et va quitter l'hôpital sous peu de jours.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

De la rupture du ligament rotulien.

PAR M. BAUDENS,

Inspecteur, membre du Conseil de santé des armées.

M. Baudens a présenté avant-hier à l'Académie des Sciences un mémoire étendu sur la rupture du ligament rotulien. Nous publions seulement l'analyse de ce mémoire faite par l'auteur, et qui en renferme toutes les parties essentielles.

Les ruptures du ligament rotulien ont rarement lieu : de là le petit nombre d'observations publiées et le laconisme des auteurs.

J'en ai vu trois cas, le dernier sur le général R..., auquel j'ai appliqué avec un succès complet un appareil que j'ai imaginé.

Avant de décrire cet appareil, je devrais présenter des considérations relatives à l'anatomie et à la physiologie du ligament rotulien, afin de mieux faire saisir le mécanisme de la rupture et les indications curatives. Je regrette que ces considérations ne puissent trouver place dans ce court aperçu, et j'arrive de suite à l'examen du mécanisme suivant lequel se rompt le ligament rotulien. Ici encore je serai bref, et je me bornerai à extraire du chapitre où je passe en revue à peu près tous les faits connus de ce genre de lésions les conclusions qui suivent :

Des faits que je viens de relater, il résulte que la rupture du ligament rotulien a lieu par une contraction violente, brusque, comme spasmodique, des muscles extenseurs de la jambe. Cette rupture est favorisée par un concours de circonstances que nul avant moi n'a fait connaître.

Il ne suffit pas, en effet, pour opérer la rupture du ligament rotulien, que ce ligament soit inférieur en force à la contraction des muscles extenseurs de la jambe; il faut en outre que les muscles acquièrent accidentellement un surcroît d'énergie. Or, voici comment j'entends et j'explique ce surcroît d'énergie.

Au moment où, pour éviter une chute, toutes les brisures articulaires se redressent pour ainsi dire convulsivement, les muscles extenseurs de la jambe se contractent spontanément, et leur puissance s'accroît de toute la force empruntée au long bras de levier représenté par le tronc et les membres supérieurs projetés du côté opposé à l'imminence de la chute pour rétablir l'équilibre.

Si je rappelle que le genou, alors légèrement fléchi, augmente l'énergie des muscles extenseurs en tendant leurs fibres et en exagérant la saillie de la rotule, on comprendra que cette énorme puissance peut rompre soit le ligament rotulien, soit la rotule, soit même le fort tendon des muscles extenseurs.

Quant à la résistance représentée par la jambe cramponnée au sol au moment d'un faux pas, elle s'accroît de tout le poids du corps transmis sur elle quand on perd l'équilibre. D'où il résulte que la puissance et la résistance peuvent acquérir une force d'emprunt incalculable, et à laquelle ne saurait résister le ligament rotulien placé entre elles deux, et dont il est l'aboutissant.

On reconnaît la rupture du ligament rotulien aux signes suivants : remontée de deux travers de doigt, la rotule fait une saillie très prononcée qui tout d'abord attire l'attention, les muscles extenseurs de la jambe sont relâchés; la rotule jouit d'une mobilité tout à fait anormale; au-dessous d'elle existe un vide prononcé au fond duquel le doigt peut sentir les condyles du fémur et l'éminence qui sépare les cavités articulaires du tibia. Couché, le blessé ne peut soulever la jambe; debout, il ne peut faire un pas en avant sans tomber, la jambe fléchie sur la cuisse et le pied placé sous le siége. Rigoureusement, il pourrait marcher, mais à reculons, et sans détacher le pied du sol. La jambe a une tendance continuelle à se fléchir; elle ne peut être redressée sans le secours des mains.

Traitement. — Les indications curatives sont :

1° De placer le membre pelvien dans l'extension et sur un plan fortement incliné du talon vers l'ischion pour relâcher les muscles extenseurs de la jambe;

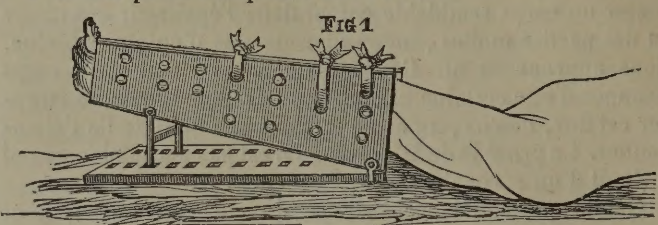
2° De remettre la rotule en place et de l'y maintenir pour affronter les bouts du ligament rompu. La rareté de cette lésion a peu sollicité l'esprit inventif des chirurgiens; ils n'ont rien crée pour elle de spécial; mais comme les appareils à fracture de rotule, sauf de très légères modifications, lui sont de tous points applicables, c'est sur eux que j'ai fait porter mon examen.

Je passe sur les réflexions critiques que m'a suggérées le bandage unissant. Boyer l'avait condamné et remplacé par une gouttière destinée au creux du jarret.

Cette gouttière elle-même n'est pas exempte de reproches sérieux, mais je ne puis ici les reproduire, et j'arrive de suite à la description de mon appareil.

Cet appareil convient, en ajoutant un lac, à la fracture de rotule aussi bien qu'à la solution de continuité du ligament rotulien. Il se compose :

1° D'une espèce de boîte;
2° D'un plan incliné;
3° De trois coussins en crin;
4° D'une petite compresse et de liens.



La boîte doit être en bois et à ciel ouvert, assez longue pour recevoir le genou et la jambe en totalité, assez large pour les loger facilement. Elle n'a que deux parois. Ces parois sont latérales et percées de trous pour livrer passage aux liens de la coaptation. Les trous sont sur trois rangées superposées, pour faire, selon les indications, des tractions plus ou moins déclives. On peut, à l'aide de charnières, fixer au plancher de la boîte un plan incliné à crémaillère (*voir* le dessin n° 1), à moins qu'on ne préfère tout simplement la soulever avec des oreillers ou des paillassons. C'est moins coûteux, mais aussi moins solide. Le premier coussin, en crin, doit garnir le plancher de la boîte. On le fabrique à l'instant en déposant dans un drap de lit plié en plusieurs doubles une couche de crin d'autant plus épaisse qu'on s'éloigne davantage du jarret pour se rapprocher du talon. Un deuxième coussin supplémentaire de trois travers de doigt d'épaisseur doit occuper le creux du jarret pour permettre à l'articulation une légère flexion et prévenir les douleurs intolérables et inhérentes à l'extension forcée. On place un troisième coussin, également en crin, à partir de la saillie du calcanéum, qui doit rester libre, jusqu'à la naissance du mollet. Ce coussin doit remplir complétement le vide ou la voûte formée par le tendon d'Achille, de façon que la jambe porte également sur tous les points de sa face postérieure, seul moyen d'éviter les douleurs et les eschares du talon. On assujettit ce dernier coussin en croisant sur la plante du pied les bouts du drap dépassant le premier coussin, celui du plancher, et en les arrêtant à l'aide de fortes épingles.

Reste la coaptation. On fait la coaptation en poussant la rotule graduellement en bas jusqu'à 1 ou 2 centimètres de la tubérosité tibiale. Alors on place en travers et au-dessus de la rotule une compresse graduée, large et longue comme le

doigt index ; cette compresse est maintenue en place par les lacs de la coaptation. Ces lacs sont au nombre de trois, en forte toile, pour éviter qu'ils forment la corde ; leur largeur est de 3 centimètres.

FIG 2

Le dessin n° 2 ci-joint les fait voir en place et fonctionnant.

Dirigé transversalement de l'un à l'autre côté de la boîte en passant dans les trous où il se fixe par un nœud, le premier lien appuie sur la compresse sus-rotulienne pour la maintenir en place, et déprime légèrement le tendon de la rotule. Le deuxième lien s'applique par le milieu, imbriqué sur le premier lien, là où celui-ci agit sur la compresse sus-rotulienne; il prend sur lui un point d'appui fixe, solide, à l'aide de deux fortes épingles. Le chirurgien choisit les trous de la première, de la deuxième ou de la troisième rangée, selon qu'il veut plus ou moins circonscrire le genou avec les liens de la coaptation. Il fait effort sur eux pour faire descendre la rotule, la maintenir invariablement dans cette position, puis il les fixe par un nœud sur le rebord de la boîte. Le troisième lien s'applique imbriqué sur le deuxième lien, de la même façon que celui-ci l'a été au premier ; il concourt au même but.

Les trois liens ainsi imbriqués emboîtent la rotule en lui formant une coiffe dont l'action porte à la fois sur son sommet et sur la face externe. Ils la tirent en bas directement, et sans la faire basculer, ainsi que le fait la courroie de la gouttière Boyer. La force exigée par la coaptation est par ces trois liens décomposée en trois puissances réparties sur une plus large surface qu'avec la courroie de l'appareil Boyer. Elle n'expose pas comme celui-ci à des douleurs intolérables, à des eschares sur le sommet de la rotule. Rien n'empêche d'ailleurs, si on le veut, d'augmenter le nombre des liens de la coaptation.

Quand il n'existe pas de complication, la moyenne de durée du traitement doit être de cinquante jours. Pour éviter l'ankylose du genou, je fais exécuter, à partir du troisième septenaire, et cela tous les quatre à cinq jours, des mouvements articulaires, en ayant bien soin de soutenir la rotule pour éviter une déchirure nouvelle de son ligament.

Ne pouvant rappeler ici les trois faits de rupture du ligament rotulien contenus dans mon travail, je n'en rapporterai qu'un seul.

Le 28 janvier 1851, M. le général R..., âgé de soixante ans, est accroché, en descendant un escalier, par le talon de sa botte; il est sur le point de tomber en avant, quand instinctivement il fait une brusque retraite de corps en arrière pour rétablir l'équilibre. Au même instant il éprouve dans le genou un craquement, que pour la sensation et la douleur il compare à un violent coup de bâton. Sa jambe droite se ploie sous la cuisse; il tombe à la renverse assis sur le pied droit, et heurtant fortement la muraille avec la tête.

Je reconnus, ainsi que notre honorable confrère M. Lestiboudois, représentant du peuple, qui n'avait pas quitté le blessé depuis le moment de l'accident, une commotion cérébrale et une rupture du ligament rotulien près de la greffe tibiale. En effet, ascension et saillie de la rotule, extrême mobilité de cet os, vide produit par la rupture du ligament, au fond duquel le doigt peut explorer les surfaces articulaires, etc. Aucun des symptômes précités ne manquait, et il en existait un qu'on ne rencontre pas d'habitude, une douleur vive se prolongeant dans le tendon des muscles extenseurs ; ce qui me fait penser qu'une rupture partielle de ce tendon a pu avoir lieu en même temps que la rupture complète du ligament rotulien.

Il était nuit; le malade fut saigné, le membre blessé fut placé sur un plan incliné; et pour apaiser la douleur de l'articulation tibio-fémorale, j'appliquai sur elle, après l'avoir enveloppée d'une couche légère de charpie, une coiffe de toile pleine de morceaux de glace. La souffrance céda, et le malade dormit plusieurs heures sans interruption.

Le 1er février, état général fort satisfaisant; peu de traces de la commotion cérébrale. — Diète ; purgatif salin. Application de mon appareil, tel que je viens de le décrire. Continuation de la glace jusqu'au 5 février.

A cette époque, le genou n'offre plus de tuméfaction; l'arthrite traumatique a été jugulée dès son évolution, le foyer de calorique morbide est éteint, la glace ne soutire plus que du calorique normal ; elle cesse d'être bienfaisante ; elle a fait son temps : je la supprime, et la remplace par un linge mouillé. Ce fait s'ajoute aux mille autres faits à l'aide desquels j'ai démontré depuis vingt ans dans mes leçons de clinique, et principalement au Val-de-Grâce, la toute-puissance de la glace seule ou avec addition de sel marin pour combattre toutes les lésions par cause traumatique, à l'exclusion absolue de la déplorable et banale médication basée sur les sangsues et le cataplasme.

Deux mois plus tard, le général R... était guéri et marchait assez librement. Aujourd'hui il ne conserve pour ainsi dire plus de traces de ce grave accident.

Ainsi que je l'ai démontré dans le mémoire que je viens d'analyser, la plupart des cas de rupture du ligament rotulien sont méconnus par le chirurgien, et ces méprises ont souvent donné lieu à de fâcheux résultats. Mon désir, en m'occupant plus spécialement qu'on ne l'a fait encore de ce genre de lésions, est d'attirer sur elles l'attention des praticiens. J'aurai doublement atteint ce but, si mes honorables confrères pensent comme moi, que l'appareil curatif que je leur offre réalise un progrès thérapeutique.

Luxation sous-pubienne du côté droit.

Fracture condyloïdienne du fémur gauche chez le même individu. — Mort le cinquième jour. — Autopsie des deux membres.

PAR M. LE DOCTEUR VERHAEGHE, D'OSTENDE.

Un fait doublement intéressant, sous le rapport de l'histoire des luxations de la cuisse d'abord et ensuite sous celui de l'histoire des fractures condyloïdiennes du fémur, s'est présenté à l'hôpital civil d'Ostende dans le courant du mois de mai.

Un homme d'une cinquantaine d'années tomba d'une hauteur de trente pieds et se fit plusieurs blessures graves. Transporté immédiatement à l'hôpital, il offrit :

1° Une plaie à la région sourcilière droite avec fracture de l'os frontal ;

2° Une fracture des os propres du nez ;

3° Une fracture de la voûte palatine s'étendant dans toute la longueur de la ligne médiane et séparant les deux os maxillaires supérieurs ;

4° Une fracture compliquée de l'humérus droit ;

5° Une luxation en bas et en avant de la cuisse droite ;

6° Enfin, une fracture de l'extrémité inférieure du fémur gauche dans l'articulation.

La luxation fut réduite facilement par les moyens ordinaires. La fracture du fémur gauche comprenant le condyle interne fut reconnue à une vive douleur avec gonflement du genou, augmentée par les mouvements de flexion et d'extension imprimés à l'articulation, ainsi qu'à la crépitation très apparente déterminée par ces mouvements. Le membre fut placé dans l'extension et entouré d'un appareil amidonné.

Malgré le nombre et la gravité de ces blessures, cet homme allait bien les premiers jours et fit même concevoir l'espoir d'une guérison, lorsqu'une méningite aiguë se déclara le quatrième jour et emporta le blessé au bout de vingt-quatre heures.

Je ne donnerai ici que les détails des désordres observés dans les deux membres inférieurs, comme étant les seuls points réellement intéressants de l'histoire de ce blessé.

Aucun des muscles qui entourent l'articulation coxo-fémorale n'était déchiré. Une extravasation sanguine assez considérable existait dans le tissu cellulaire compris entre les muscles pectiné et obturateur externe; une portion de ce tissu était en outre lacérée, ce qui indique que la tête du fémur avait occupé cet espace pendant la luxation. Les deux muscles que je viens de nommer étaient ramollis et se laissaient déchirer avec la plus grande facilité. Le ligament qui remplit le trou obturateur était intact, et l'infiltration sanguine de ce ligament et du muscle obturateur externe se bornait à peu de chose. La capsule articulaire était largement déchirée à sa partie interne, et le ligament rond était complétement rompu à son point d'insertion sur la tête du fémur. Le tissu cellulaire de la fesse était assez largement ecchymosé.

La fracture condyloïdienne tombait juste au milieu de la poulie articulaire du fémur gauche, divisant l'os d'avant en arrière dans toute son épaisseur. De là, elle remontait obliquement en dedans à la hauteur de six à sept centimètres, de sorte que le condyle interne se trouvait séparé du reste de l'os, retenu seulement en place par les parties molles non divisées. Les fragments de cette fracture étaient légèrement mobiles l'un sur l'autre, mais n'avaient point quitté leurs rapports respectifs. La cavité articulaire était remplie de sang liquide mêlé à de la synovie.

— Les auteurs sont partagés sur la question de savoir si le ligament rond est rompu ou non dans la luxation sous-pubienne. Astley Cooper n'hésite pas à dire qu'il l'est toujours et qu'il se rompt avant même que la tête de l'os ait quitté la cavité cotyloïde; tandis que Boyer croit que la disposition de ce ligament lui permet de céder sans se rompre, et que c'est seulement dans les déplacements très étendus qu'il peut se rompre en partie ou en totalité. Aucun de ces illustres chirurgiens ne rapporte des autopsies de luxation récente à l'appui de son opinion; aussi l'auteur de l'article : *Luxation de la hanche* du *Dictionnaire de médecine* regrette-t-il de voir persister le doute à cet égard. J'ignore si des faits observés depuis sont venus décider cette question; mais, comme le nombre n'en saurait être trop grand, j'ai tout lieu de croire que les détails que l'on vient de lire pourront être utiles à ceux qui s'occuperont dans la suite de l'histoire des luxations coxo-fémorales.

Un autre point de la luxation sous-pubienne sur lequel les auteurs ne sont pas non plus d'accord, c'est l'endroit qu'occupe la tête de l'os lorsqu'elle est sortie ainsi de la cavité. Tandis que les uns la disent logée dans la fosse obturatrice entre le ligament que forme le trou ovale et le muscle obturateur externe, les autres la placent sur le muscle obturateur entre celui-ci et le pectiné. C'est dans cette dernière situation et vis-à-vis du trou obturateur qu'elle a été logée chez mon blessé.

La fracture de l'un ou l'autre condyle du fémur est un accident qui paraît être très rare, puisque M. Malgaigne, qui est sans contredit l'autorité la plus compétente en matière de fractures, n'en connaît que cinq exemples. Elle a été reconnue sur le vivant non-seulement par moi, mais aussi par mes confrères attachés à l'hôpital d'Ostende.

Le mode de traitement que j'avais adopté est la position du membre dans l'extension et l'appareil amidonné, qui est généralement employé ici. Si le blessé avait survécu, l'articulation siège de la fracture aurait été soumise au bout de trois semaines à des mouvements peu étendus, que la disposition particulière de l'appareil de M. Seutin pour ces sortes de cas permet d'exécuter sans le moindre dérangement du bandage et avec la certitude de prévenir l'ankylose.

Cicatrice congéniale.

PAR M. LE DOCTEUR MAVEL.

Le 11 mars 1848, M. le docteur Renneret a publié trois cas de cicatrice congénitale de la lèvre supérieure; la rareté de ces cas m'engage à en publier un semblable qui vient de se présenter à mon observation.

Christine Péruféle, âgée de cinq mois, m'est présentée le 3 avril dernier; sa mère me déclare que son mari eut une sœur affectée de la même maladie, qui mourut le jour de sa naissance. Pendant toute sa grossesse, cette femme n'a eu aucune envie, aucune crainte, aucune appréhension; seulement elle se rappelle qu'un jour de foire elle contempla un instant des lapins qui étaient à vendre.

La lèvre supérieure de cette enfant offre, du côté droit, une cicatrice linéaire s'étendant de la narine jusqu'au bord libre de la lèvre, où elle se termine par une échancrure un peu difforme; la lèvre, à l'endroit de cette cicatrice, est moins épaisse que partout ailleurs, et la peau qui la recouvre présente une couleur plus rosée. Mais là n'est pas toute la difformité. Du côté gauche, il existe un bec-de-lièvre complet; les mucosités nasales coulent dans la bouche à travers une échancrure plus apparente que réelle de la voûte palatine; cette échancrure est produite par une proéminence en avant de la portion droite de l'arcade alvéolaire. L'opération, faite par le procédé de M. Philips, ne donna qu'une réunion incomplète, qui se rompit le lendemain de l'enlèvement des épingles. Pour obtempérer aux vœux de la mère, j'ai renouvelé l'opération le 11; la lèvre et la joue ont été disséquées dans une plus grande étendue, et le 15 la réunion était parfaite. Les épingles ont été enlevées, et aujourd'hui la réunion est très solide.

Je pense que, plus tard, une nouvelle opération pourra remédier à l'échancrure de la couture congénitale.

HYGIÈNE PUBLIQUE, MÉDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE.

Effets de la nicotine.

PAR M. ED. VANDENCORPUT.

Des expériences toxicologiques faites à l'amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Bruxelles avec de la nicotine préparée depuis environ deux ans ont donné les résultats suivants :

La moindre trace de cette substance portée dans la bouche y produit une sensation brûlante analogue à celle que ferait éprouver une rave très forte.

A l'odorat, elle rappelle l'odeur désagréable d'un cigare qui s'éteint.

Cette odeur, assez faible lorsque l'alcaloïde est pur, se développe par l'addition d'un peu d'ammoniaque. Quatre gouttes de nicotine pure versées sur la langue d'un chien de forte taille ont fait périr l'animal en moins d'une minute.

Après avoir fait quelques tours en chancelant, il est tombé sur le côté gauche.

L'administration immédiate d'une forte dose d'acide acétique étendue d'eau n'a pu le rappeler à la vie.

Une seule goutte du poison instillée dans l'œil droit d'un pigeon adulte a tué l'animal en quelques secondes. Les extrémités se sont convulsivement roidies. Il est tombé également

ment sur le côté gauche. La cornée de l'œil touché par la nicotine présentait une légère opacité ; la pupille de ce côté était normale; celle de l'œil gauche, au contraire, était sensiblement dilatée.

Un autre pigeon a péri presque instantanément après avoir reçu une goutte et demie de nicotine sur la langue. Il avait les pupilles très dilatées. L'animal était tombé sur le côté droit.

Cette dernière circonstance se présente du reste comme la plus naturelle, lorsque l'on considère la tendance qu'ont en général les animaux à se coucher sur ce côté, par suite de la prépondérance du foie, situé à droite, sur les autres viscères de l'abdomen.

Il est à remarquer que de tous les animaux soumis aux expériences, les oiseaux sont ceux qui ont succombé le plus promptement, ce qui s'explique par la rapidité plus grande avec laquelle s'opère chez eux la circulation.

Les grenouilles se sont montrées les plus réfractaires à l'action du toxique. Un de ces batraciens auquel on avait ingéré une goutte de nicotine pure a survécu plus de deux minutes.

Un autre de ces animaux, qui avait reçu une dose assez forte de nicotine combinée à l'état d'acétate, n'en paraissant pas très affecté, il lui fut administré quelques gouttes d'une solution de potasse caustique destinée à rendre le poison libre dans l'intérieur même des organes. Les membres postérieurs furent aussitôt pris d'une agitation convulsive et la mort a été presque immédiate.

Ces faits viennent confirmer l'observation que les toxiques fournis par les solanées vireuses qui portent principalement leur action sur l'encéphale agissent d'une manière moins énergique sur les êtres occupant les degrés inférieurs de l'échelle animale. (*Presse méd. belge.*)

Nouvelles expériences sur la nicotine.

De nouvelles expériences faites par M. Vleminckx, de Bruxelles, sur deux moineaux, un coq, un lapin, deux chiens et un chat, ont conduit l'auteur aux conclusions suivantes :

« 1° Les animaux empoisonnés tombent indifféremment sur le côté droit ou sur le côté gauche;

» 2° L'empoisonnement est plus actif par la muqueuse oculaire que par la muqueuse digestive ;

» 3° Les lésions anatomiques les plus remarquables et les plus constantes sont : une congestion des vaisseaux de la pie-mère, et surtout une congestion intense des poumons.

» Les deux premières de ces conclusions ressortent *à priori* des données physiologiques. En effet, le système nerveux étant pair et parfaitement symétrique, comment concevoir une préférence d'action sur l'un des côtés? Et quant à la seconde, la muqueuse oculaire n'étant revêtue ni d'une couche de mucus, ni d'un épithélium épais comme la muqueuse digestive, doit en effet absorber plus activement. »

(*Presse méd. belge.*)

CHIMIE MÉDICALE ET PHARMACOLOGIE.

Note sur le sirop d'aconit.

PAR M. FERRANT.

Ce sirop est préparé à froid et par simple mélange avec l'alcoolature d'aconit, dont la richesse en extrait alcoolique préalablement déterminée permet d'obtenir constamment un produit identique et offrant dans tous les cas un ensemble de conditions que ne présentent point le sirop fait avec l'extrait, le sirop opolique lui-même, et, à plus forte raison, la recette du même sirop opolique donnée pour 30 grammes par nos formulaires, c'est-à-dire pour être faite extemporanément, et présentant sur la précédente une erreur en plus dans le poids de la matière active, de 18 pour 100.

Cette précaution par nous prise du dosage préalable a non seulement l'avantage de donner plus de garantie dans le cas particulier qui nous occupe, mais soulève une question de pharmacologie très grave, celle de l'infidélité de composition des sucs plus ou moins aqueux et des teintures faites par simple macération, contenant les uns et les autres, comme nous l'avons constaté bien des fois, des quantités d'extrait très variables, selon la richesse de la matière première, selon la température du lieu et suivant l'expression plus ou moins complète.

Cette remarque, très importante en soi, peut seule nous expliquer, pour ne citer qu'un exemple, cette différence observée entre la teinture d'aconit déclarée souvent défectueuse et l'extrait alcoolique généralement très efficace ; l'un et l'autre préparés, avec la feuille sèche, l'alcool étant au même degré et administré à des doses correspondantes.

Je prépare donc un sirop renfermant par 50 grammes une quantité d'alcoolature contenant une proportion d'extrait à l'avance déterminée, et capable de représenter exactement les doses de préparations aconitiques habituellement données en un jour.

Les doses générales de ce sirop, d'abord modifiables suivant les indications à remplir, seront de deux à trois cuillerées à café pour les enfants. Dans le cas particulier de rhumatisme chronique, on en continuera l'usage pendant un à deux mois, en portant graduellement la dose de deux à six et même huit cuillerées par jour. (*Bull. de Thérap.*)

Lobeline, nouvelle base organique extraite du lobelin inflata.

PAR M. BASTICK.

L'examen le plus récent et le plus complet qui ait été fait du *lobelia inflata* a été publié en 1843 par Reinsch, qui trouva dans cette plante une substance qu'il appela *lobeline* et qu'il supposa en être le principe actif; mais il ajouta qu'il ne l'avait pas obtenu dans son état de pureté, qu'il avait une réaction acide, qu'il était insoluble dans l'éther, et toutes les expériences qu'il tenta sur cette matière la lui firent considérer comme formée par l'union d'un acide organique avec une base.

C'est dans le but d'éclaircir ces faits que M. William Bastick a récemment entrepris des recherches chimiques tendant à isoler le principe actif en question, et, ses efforts ayant été couronnés de succès, il fit connaître le procédé suivant comme étant le meilleur pour obtenir la lobeline :

On fait macérer pendant quarante-huit heures 2 livres de la plante dans un gallon d'alcool, auquel on a préalablement ajouté 3 onces d'acide sulfurique. Au bout de ce temps, on décante le liquide alcoolique et on le filtre; puis on le mêle, en agitant constamment, avec de la chaux caustique en poudre jusqu'à ce que le liquide ait acquis une réaction alcaline. Alors on filtre de nouveau, et l'on sature la liqueur claire avec un léger excès d'acide sulfurique; puis, après avoir encore éclairci cette solution par le filtre, on l'évapore à une douce chaleur jusqu'au quart de son volume. A ce moment, on ajoute une petite quantité d'eau, et l'on continue à évaporer jusqu'à ce que toute trace d'alcool ait disparu : on jette le tout sur un filtre pour séparer la résine devenue insoluble du liquide, que l'on sature au moyen d'une solution concentrée de carbonate de potasse; il se forme alors un précipité, que l'on sépare en filtrant le mélange. On ajoute un grand excès de carbonate de potasse au liquide filtré, puis on le traite successivement par de petites quantités d'éther, en agitant constamment et jusqu'à ce que ce dissolvant n'enlève plus rien. La lobeline se dépose alors par l'évaporation spontanée

de la solution éthérée. Elle contient encore une matière colorante, dont on peut la purifier en la dissolvant dans l'alcool, agitant la solution avec du charbon animal jusqu'à ce qu'elle soit décolorée, la filtrant et la faisant évaporer dans le vide avec de l'acide sulfurique jusqu'à ce qu'elle ne perde plus de son poids. Ce procédé est, du reste, le même qui a été recommandé par Liebig pour l'obtention de l'hyoscyamine.

La lobeline paraît ressembler, par plusieurs de ses propriétés, à l'hyoscyamine, dont elle se distingue en ce qu'elle ne peut cristalliser. C'est une huile visqueuse, transparente, jouissant d'une forte réaction alcaline, possédant, lorsqu'elle est pure, l'odeur de la plante à un très faible degré, mais exaltant beaucoup cette odeur par l'addition de l'ammoniaque; son goût est piquant et analogue à celui du tabac. Prise en petite dose à l'intérieur, elle exerce sur l'économie animale la même action qu'une forte dose de la plante; c'est donc, sans aucun doute, un violent poison.

La lobeline est volatile; on ne peut l'évaporer entièrement sans l'altérer. Elle se dissout dans l'eau, l'alcool et l'éther: les alcalis caustiques la décomposent facilement, et c'est pour cette raison qu'on ne peut préparer la lobeline en suivant les méthodes ordinairement employées pour l'extraction des alcaloïdes non volatiles. L'action destructive qu'exercent sur elle les alcalis caustiques s'oppose à ce que l'on puisse la séparer par la distillation de la conéine ou de la nicotine. Elle constitue évidemment le principe actif du *lobelia inflata*, et, quand on la soumet à la distillation avec de la potasse caustique, rien ne passe dans le récipient, si ce n'est un corps résinoïde et de l'ammoniaque résultant, sans aucun doute, de la décomposition de la lobeline, tandis que le résidu de la distillation n'offre aucun caractère marqué.

La lobeline neutralise les acides à la manière des bases puissantes. Elle est précipitée de sa solution par l'infusion de noix de galle, qui forme avec elle des flocons blancs. Elle est également précipitée dans la plupart des cas par l'ammoniaque de la solution aqueuse et concentrée de ses sels. Toutes ces combinaisons avec les acides minéraux sont solubles dans l'eau et dans l'alcool. Lorsque ces sels sont entièrement décolorés par le charbon animal, ils deviennent cristallisables. L'hydrochlorate de lobeline forme des cristaux bien définis, incolores, transparents et aciculaires; sous ce rapport, la lobeline diffère entièrement de la nicotine et de la conéine.

(*Journal de Chimie médicale.*)

Sur les préparations de spiræa ulmaria.

Quelques médecins venant d'exhumer des vieilles pharmacopées la reine des prés (*spiræa ulmaria*) et de l'employer principalement contre les hydropisies, M. Bonnewyn, pharmacien de l'hôpital et des hospices civils de Tirlemont, vient de se livrer à des recherches dans le but d'obtenir un sirop et une teinture convenables de spirée. Il propose les formules suivantes :

Sirop de spiræa ulmaria.

Sommités de spiræa ulmaria.	8 onc.
Eau bouillante.	4 livr.
Sucre blanc.	8 livr.

On fait infuser d'abord les sommités dans la quantité d'eau bouillante prescrite pendant douze heures, dans un vase convenable et couvert; après cette infusion, on les fait bouillir pendant dix minutes, puis on les passe avec expression, on laisse déposer, et on ajoute à la liqueur clarifiée le double de son poids de sucre pour en faire selon l'art un sirop par simple solution.

Teinture alcoolique de spiræa ulmaria.

Sommités de spiræa ulmaria finement découp.	3 onc.
Alcool à 23° cent.	10 gros.

Faites macérer pendant huit jours; passez avec expression, puis filtrez. (*Presse méd. belge.*)

Iodure d'amidon soluble.

PAR M. AUGUSTE DUBOIS, PHARMACIEN A LIMOGES.

Les procédés publiés jusqu'ici pour obtenir l'iodure d'amidon sont si compliqués, et les réserves de quelques-uns de leurs auteurs sont si grandes (1), que je crois être utile à mes confrères en leur faisant connaître le mode de préparation suivant, qui, par sa simplicité, est à la portée de tout le monde.

Je triture fortement, dans un mortier de porcelaine ou de verre, 20 grammes d'iode (2) avec 180 grammes d'amidon non torréfié (3), que je n'ajoute à l'iode que par petites portions.

J'humecte ensuite très légèrement le mélange avec un peu d'eau et je l'introduis dans un ballon de verre (4) ou tout autre vase convenable, que je bouche avec soin et que je place dans un bain-marie, de manière que le ballon soit plongé jusqu'au col; de temps en temps je le retire pour agiter, et j'essaie si l'iodure devient soluble. Il faut, terme moyen (5), mais au plus, trois heures pour avoir de l'iodure complétement et instantanément soluble dans l'eau.

L'iodure se trouve dans le ballon sous forme d'une pâte épaisse, tenace et élastique qu'on lave plusieurs fois sur un filtre, avec de l'alcool (6) rectifié et qu'on dessèche, soit à l'air libre, soit à l'étuve, soit dans une capsule de porcelaine, à une douce chaleur.

Lorsque la dessiccation est terminée, l'iodure est une matière noire, brillante, presque inodore, comme cristallisée (7), friable. Réduit en poudre, si celle-ci n'est pas trop fine, l'iodure conserve son brillant. Cette poudre s'attache aux doigts et les bleuit, pour peu qu'ils soient humides.

La solution dans l'eau est d'un très beau bleu, imitant assez le bleu du cyanure de fer; mais elle n'est pas bleu lie-de-vin (8).

---

(1) D'autres en font un monopole.

(2) Si l'iode a été dissous dans un peu d'éther ou d'alcool, le mélange devient plus facile et plus intime, et l'opération est un peu abrégée.

(3) Il faut que l'amidon soit très beau, car j'ai échoué en employant de l'amidon de qualité inférieure.

(4) Le ballon doit être assez grand pour qu'on puisse aisément agiter le mélange.

(5) Si les conditions que je viens d'indiquer ont été bien remplies.

(6) Un seul lavage peut suffire; on remplit alors le ballon d'alcool, on agite de temps en temps, et au bout de quelques heures on jette le tout sur un filtre.

L'alcool et l'iode en excès ne sont pas perdus; on en retire une teinture d'iode qui, quoique faible encore, m'a conduit à me poser cette question : Dans quelles proportions l'iode et l'amidon sont-ils unis? Je ne puis résoudre aujourd'hui ce petit problème, sur lequel je me propose de revenir; mais il est certain, pour moi, dès à présent, que la quantité d'iode est infiniment plus petite qu'on ne le pense généralement, et que les formules données pour les pilules, le sirop, les tablettes, etc., d'iodure d'amidon, pèchent par la base, et seront à refaire aussitôt qu'on connaîtra mieux la composition de ce nouvel agent thérapeutique.

(7) Il a l'aspect du beau charbon de terre.

(8) L'iodure d'amidon insoluble, complétement ou en partie, ne présente pas les mêmes caractères : lorsqu'il est humide, il n'adhère pas aux vases, la pâte n'a pas de consistance; lorsqu'il est sec, il est d'un noir terne, quelquefois bleu ou velouté, ordinairement pulvérulent; rarement il est bien homogène. S'il est en partie soluble, la solution est bleu-violet.

Avec un semblable produit, qu'on peut avoir toujours identique, toutes les préparations dans lesquelles entre l'iodure d'amidon deviennent d'une exécution facile.

Ce procédé peut s'appliquer, avec quelques modifications (1), à la préparation des iodures de fer et de soufre.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Description d'une valvule inconnue jusqu'ici et qui existe dans les voies lacrymales chez l'homme.

PAR M. BÉRAUD.

M. Béraud soumet à la Société des pièces et un dessin pour faire voir les dispositions nouvelles qu'il a trouvées dans les voies lacrymales.

Sur une pièce, il montre qu'à l'orifice des conduits lacrymaux dans le sac il existe deux petits tubercules mamelonnés, siégeant l'un au-dessus, l'autre au-dessous de l'ouverture commune de ces conduits. Il y a en même temps, immédiatement au-dessous de cet orifice, une valvule mentionnée par Huschke. Elle se dirige en haut et s'oppose ainsi au passage des larmes dans le sac. Quelquefois cette valvule est circulaire et embrasse ainsi l'ouverture commune des conduits lacrymaux, en représentant une espèce de diaphragme percé à son centre. Elle offre une hauteur de 2 à 3 millimètres, et elle tend à venir s'appliquer sur la paroi du sac et fermer les conduits qui apportent les larmes. Mais la nature a employé un moyen très ingénieux, analogue à celui qu'elle a employé pour les valvules sigmoïdes, afin d'empêcher les valvules de se coller d'une manière trop intime sur les parois correspondantes. Ici la nature n'a pas placé les globules sur l'extrémité de la valvule, il y aurait eu des inconvénients graves; à cause de la direction de la valvule, le globule aurait pesé sur son extrémité libre et l'aurait renversé tantôt en dehors, tantôt en dedans. Aussi voyez comme la nature a été prévoyante, elle a mis ces globules sur la paroi même du sac à l'ouverture des conduits lacrymaux. Par ce mécanisme différent, le même but n'est-il pas atteint?

Outre cette valvule que M. Béraud propose d'appeler *valvule supérieure du sac lacrymal*, il en existe une autre vers la réunion du sac avec le canal nasal, et qui doit être appelée à cause de sa disposition *valvule inférieure du sac lacrymal*.

Cette *valvule*, dont l'existence n'est pas constante et dont la description ne se trouve dans aucun ouvrage d'anatomie soit ancien, soit moderne, est située à la partie inférieure du sac; elle se détache de la paroi externe de cette cavité et se dirige en haut d'une manière oblique, de sorte que, si on la prolonge par la pensée, elle vient rencontrer la paroi interne du sac vers sa partie supérieure. Elle est plus haute que la précédente : elle a environ un millimètre de plus. Son épaisseur est aussi un peu plus considérable. Celle-ci ne présente pas de globules; il n'y a rien sur les parois qui dénote quelque chose d'analogue à ce que nous avons vu pour la valvule supérieure. M. Béraud n'a pas encore étudié la structure de ces valvules; mais il se propose de le faire dans un mémoire spécial, où il démontrera l'influence que cet appareil peut avoir dans la physiologie et la pathologie. Il croit surtout que c'est par cette valvule qu'on doit expliquer la formation de la tumeur et de la fistule lacrymale, et que le traitement de cette affection, qui fait aujourd'hui le désespoir du chirurgien, doit être basé sur cette connaissance anatomique.

M. Béraud pense aussi que, si la disposition de ce petit appareil valvulaire n'a pas été vue, cela tient uniquement à ce qu'on ouvrait les voies lacrymales par le côté externe et antérieur. Dans cette préparation, on incisait presque sûrement les valvules. Aussi, pour vérifier les faits avancés par lui, il faudrait ouvrir le canal par sa face interne, comme il le fait toujours. (*Comptes-rendus de la Société de Biologie.*)

(1) Seulement le mélange d'iode et de soufre, ou d'iode et de fer porphyrisé, ne doit pas être humecté.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er juillet 1851. — Présidence de M. ORFILA.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Envoi par M. le préfet de police de la statistique de la mortalité dans la ville de Paris pendant le mois de mai dernier.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Suette.

M. le professeur Alquié, de Montpellier, adresse des renseignements qui lui ont été demandés par l'Académie sur l'épidémie de suette qui a régné dans le Midi.

Gâteux.

M. Renauldin, directeur de l'asile de Marseille, annonce que les mesures d'administration médicale dont M. Archambaut a entretenu l'Académie ont été appliquées à l'asile de Fains depuis *neuf ans*, et qu'ils y ont fait presque disparaître la section des gâteux. Il annonce en même temps qu'il ne réclame pas la priorité, car la même mesure a aussi été appliquée par MM. Dumesnil et Girard.

Ce dernier adresse, en effet, de son côté, la lettre suivante, dont on lira les détails avec intérêt.

« Je lis, au compte-rendu de l'Académie de Médecine, une note de mon honorable confrère M. le docteur Archambaut sur la réforme des gâteux.

» Permettez-moi, monsieur le rédacteur, de rappeler qu'en 1847 et 1848, j'ai indiqué, dans les *Annales médico-psychologiques* et dans les *Annales d'hygiène*, les moyens employés par M. le docteur Archambaut pour supprimer les gâteux, et que depuis plus d'un an (et non depuis le 20 mai de cette année), comme le peuvent affirmer MM. les docteurs Bérard, Bally, Trélat, Follet, etc., qui ont visité l'asile d'Auxerre, nous avons enlevé à ces malheureux tous les vêtements spéciaux dont on les avait affublés, pour leur restituer des vêtements ordinaires; que, depuis trois ans, ils couchent dans les dortoirs cirés, frottés, et tenus avec une extrême propreté, ainsi qu'ont pu le constater MM. Ferrus et Lasègue.

» Cette réforme, qui avait réduit considérablement le nombre de ces infortunés, n'empêchait pourtant pas, malgré toute la sollicitude des gens de service, un certain nombre d'excrétions urinaires involontaires pendant la nuit, et quelquefois pendant le jour.

» C'est afin d'obvier à cet inconvénient que, indépendamment des moyens précités, nous avons tonifié le système nerveux par l'emploi du sulfate de strychnine à très faible dose, comme nous l'avons mentionné dans notre dernière note envoyée à l'Académie, sur l'invitation de plusieurs de nos confrères.

» Le système nerveux, ainsi fortifié, permet de percevoir le besoin d'excrétions et d'y satisfaire volontairement. Cela est si vrai que les mêmes malades, qui primitivement devaient être régulièrement placés sur le siége par leur surveillant pour ne point souiller leurs vêtements, s'y rendent d'eux-mêmes, sans appel, à la suite de l'administration du sulfate de strychnine; cela est si vrai encore, que les malades, qu'une surveillance de nuit pouvait seule empêcher de gâter, cessent de le faire sans surveillance par l'usage de ce médicament; cela est si vrai que ces malades, soumis à l'influence de la strychnine, sont moins apathiques et se livrent à des travaux simples et faciles.

» Aussi, pour nous, l'hygiène et la régularité dans les habitudes de propreté doivent d'abord constituer le traitement, et souvent, en fortifiant l'organisme, guérissent l'infirmité; mais en cas d'insuffisance de l'hygiène et des habitudes régulières de propreté, l'addition du sulfate de strychnine devient un moyen ordinairement héroïque.

» A l'aide de cette combinaison, nous avons dit que nous étions parvenu à réduire à 5, et quelquefois à 2, sur une population de 275 malades, le nombre des gâteux; mais il faut ajouter que sur ces 5 ou sur ces 2, les excrétions urinaires seules sont involontai-

res, et cela uniquement pendant la nuit. Le cas contraire est excessivement rare.

» Il est essentiel de faire observer que ces réformes, introduites depuis longtemps dans le service de l'asile d'Auxerre, n'ont pas nécessité la moindre augmentation du personnel de l'établissement, qui s'élève à 6 surveillantes pour 170 femmes, et à 5 surveillants pour 105 hommes. »

N.-B. — Déjà en 1847 (t. IX, p. 92, *Annales médico-psychologiques*), en parlant des infirmeries établies à l'asile d'Auxerre, nous écrivions, premier paragraphe : « Les latrines sont, en outre, disposées de façon qu'on puisse à des heures réglées faire passer les déments sur le siége : on leur crée de la sorte des habitudes d'excrétion qu'on observe chez les organismes sains, si la vie est bien régulière.

» Propreté des salles et des malades, tels sont les avantages qu'on en retire. »

Plus tard, même année, dans nos Considérations sur l'asile d'aliénés du Rhône (*Annales médico-psychologiques*, t. VIII, p. 86), nous écrivions, en parlant du quartier des gâteux proposé par le docteur Bottex : « Il est certaines salles et certaines précautions qui nous ont paru inutiles, je dirai même d'un effet fâcheux : telle est la salle de fauteuils percés, tels sont les conduits de bitume que l'on conseille de pratiquer au rez-de-chaussée. Nous adopterions de préférence le planchéiage en chêne ciré et frotté, même dans la section des gâteux.....

» Nous supprimerions ces fauteuils percés; car de deux choses l'une : ou l'aliéné est capable de se tenir debout, et alors à quoi bon ces fauteuils hideux et infects ? ou il est privé de cette faculté, et alors pourquoi le garrotter sur un siége? Pourquoi l'emprisonner dans des liens irritants et entamer ses chairs par une pression funeste? Heureusement l'expérience moderne a généralement proscrit des hôpitaux d'aliénés ces instruments du dégoût et de la paresse, à part quelques rares exceptions sollicitées par des infirmes : elle a substitué à ce régime des moyens plus doux et mieux appropriés à la situation des malades, une liberté sagement surveillée et une propreté *réglée* avec d'autant plus de soins que les gens de service ont plus d'intérêt à prévenir les souillures des malades et à maintenir les vêtements et les salles dans ce constant état d'extrême propreté. On obtient ce résultat en faisant rougir, cirer, frotter les dortoirs et les lieux de réunion des gâteux, et en exigeant cette apparence luxueuse de l'hygiène. »

Et, à la page 80, nous faisions ressortir que le nombre des gâteux placés dans les infirmeries ne devait s'élever qu'à 6 sur 275 malades.

Enfin, en juillet 1848, nous écrivions dans les *Annales d'hygiène publique*, tome X :

« On suspendra des horloges dans chaque section de gâteux pour donner à la surveillante la possibilité de faire passer régulièrement les malades sur le siége, et d'éviter ainsi la souillure des parquets, de leurs vêtements et les odeurs infectes qui en sont le résultat. »

Iode.

M. Fournier, pharmacien, propose d'administrer l'iode en l'incorporant dans du sucre préalablement modifié par un alcali. L'iode ainsi associé pourrait, suivant M. Fournier, être employé sous forme de pastilles, de pilules, de sirop, etc.

Onixis.

M. Le Roy-d'Etiolles dépose au nom de M. le docteur Basico, chirurgien principal de l'hôpital de Savone, un mémoire imprimé en Italie sur le traitement de l'onixis.

L'auteur s'est attaché à perfectionner la méthode du redressement de l'ongle, et il est arrivé à d'excellents résultats tout simplement en substituant aux plaques de plomb, de fer-blanc, à la charpie et à tous les moyens de soulèvement de l'ongle incarné, l'agaric, substance douce, souple, imputrescible, qui adhère sans agglutination.

Depuis douze ans, M. Basico dit avoir fait usage de ce procédé avec un succès constant. L'une des conditions de la réussite est la prolongation pendant quelque temps de l'introduction de l'amadou sous le bord de l'ongle jusqu'à ce que sa tendance à une direction vicieuse soit tout à fait détruite ; le malade arrive promptement à l'insinuer lui-même avec facilité.

M. Le Roy-d'Etiolles ajoute qu'il profite de cette circonstance pour communiquer à l'Académie une modification apportée par lui au procédé de Lisfranc, qui consiste, comme l'on sait, à enlever le bord incarné de l'ongle avec toute la chair du côté de l'orteil.

La plaie qui résulte de cette ablation, faite dans le coussinet graisseux dont les orteils sont matelassés, a une tendance très grande à végéter, en sorte que l'application presque quotidienne du nitrate d'argent ou d'un autre escarotique est nécessaire pour la réprimer. Cette végétation retarde la cicatrisation, et l'application répétée des caustiques cause de vives douleurs ; M. Le Roy a pensé que l'on pourrait accélérer l'une et supprimer l'autre, en n'enlevant pas, comme le faisait Lisfranc, la totalité du lambeau, mais en se bornant, après l'avoir formé d'un coup de bistouri plongé au-dessus de la racine de l'ongle, à réséquer du bord interne de ce lambeau la portion d'ongle coupée et les chairs dans lesquelles il s'enfonce. Les restes du lambeau, c'est-à-dire les deux tiers environ, se réunissent immédiatement, suivant M. Le Roy. (Commissaires : MM. Gimelle et Malgaigne.)

Lithotritie.

M. Civiale présente à l'Académie un exemplaire de son troisième volume du *Traité des maladies des voies urinaires*, et lit à ce sujet une note sur le progrès que la découverte de la lithotritie a imprimé à ces maladies. Nous publierons cette note.

Conicine.

M. Orfila a la parole.

Il existe, dit-il, une telle analogie entre la nicotine et la conicine, que j'ai cru devoir étudier ce dernier alcali sous le rapport toxicologique, comme je l'avais fait pour la nicotine.

La conicine existe dans le *conium maculatum*, et notamment dans les graines ; on en retirera probablement de toutes les ciguës. Je ne la décrirai pas en détail ; il me suffira de dire quelles sont les principales propriétés qui la distinguent de la nicotine. Elle a une odeur forte d'*urine de souris*, se rapprochant aussi de celle *du céleri ;* tandis que la nicotine, surtout lorsqu'on la chauffe, exhale une odeur de tabac ; elle bout à 170° et la nicotine à 250° ; elle est très soluble dans l'éther et peu soluble dans l'eau ; lorsqu'on cherche à la mêler avec ce liquide, même après l'avoir agitée, elle vient à sa surface en formant une couche plus légère que l'eau, tandis que la nicotine se dissout à l'instant même dans ce liquide. L'acide sulfurique concentré ne l'altère pas à froid, tandis qu'il colore la nicotine en *rouge vineux*. La conicine, parfaitement anhydre, tue aussi rapidement les animaux que la nicotine, même à faible dose; si elle est hydratée, la mort n'arrive qu'au bout de deux ou cinq minutes, suivant que l'on en a donné 10, 12 ou 20 gouttes ; on peut, comme pour la nicotine, constater dans ces *derniers cas* que l'empoisonnement se compose de trois périodes :

1° Des vertiges ;

2° Des mouvements convulsifs ;

3° Un grand affaissement.

Les mouvements convulsifs ont constamment été plus faibles qu'avec la nicotine ; ainsi, je n'ai jamais pu produire d'accès tétanique ni d'opisthotonos.

La conicine est absorbée, car je l'ai décelée dans la rate, dans les poumons, et en plus petite proportion dans le foie et les reins. On prouve qu'il en est ainsi en soumettant ces organes à l'action des réactifs qui m'ont servi à découvrir la nicotine dans les deux procédés que j'ai fait connaître le 20 mai dernier (paquet cacheté déposé à l'Académie) ; on traite les organes par l'eau aiguisée d'acide sulfurique ; on filtre ; le sulfate obtenu, convenablement évaporé, est décomposé et rendu alcalin par un excès de soude ; à peine a-t-on ajouté l'alcali que le mélange exhale une forte odeur de *conicine ;* on enlève celle-ci par l'éther qui la dissout, ou bien on chauffe à feu nu la liqueur alcaline dans un vase distillatoire, la conicine vient se condenser dans le récipient.

En agissant de même sur la langue, l'arrière-bouche, l'estomac et sur les matières que celui-ci contient, on parvient très facilement à extraire la conicine que renferment ces organes.

La conicine, composée uniquement d'hydrogène de carbone et d'azote, comme la nicotine, peut être représentée par de l'ammoniaque $H^3 Az$ et par un hydrogène carboné $H^{12} C^{16}$. On ne connaît, en fait d'alcalis végétaux *naturels* vénéneux et volatils, qu'elle et la nicotine.

M. Desportes demande si les animaux empoisonnés par la conicine tombent sur le côté droit. M. Orfila répond qu'il les a vus tomber tantôt à droite, tantôt à gauche. Pour ce qui concerne la nicotine, ajoute M. Orfila, M. Stas et moi nous avons toujours vu

les animaux tomber à droite; mais dans les expériences faites tout récemment par M. Vandenbroeck, sur neuf animaux, trois sont tombés à gauche, et dans celles plus récentes encore de M. Vleminckx, il y a eu autant de chiens qui sont tombés à droite qu'à gauche; en sorte qu'il ne faut attacher aucune importance à ce fait.

Discussion sur le pemphigus des nouveau-nés.

M. P. Dubois a la parole. Il démontre, par la lecture des conclusions qui terminent son mémoire, qu'il avait fait ses réserves, et qu'il n'avait point considéré comme définitives ces conclusions. Il appelait, au contraire, l'attention de ses confrères sur l'objet de ses propres recherches, afin que des observations ultérieures vinssent ou les contredire, ou les confirmer définitivement.

M. Cazeaux répond que sans doute M. Dubois a trop d'expérience et de raison pour vouloir imposer des bornes à la science et enchaîner l'avenir; mais il persiste à dire que les affirmations de M. Dubois étaient aussi absolues que des affirmations peuvent l'être quand il ne s'agit point de sciences mathématiques, et, ce qui le prouve, c'est que M. Dubois s'est cru autorisé à infliger, dans les cas de pemphigus des nouveau-nés, un traitement syphilitique aux parents, ce qui est une grave erreur pratique.

M. P. Dubois déclare qu'il n'a voulu vider aujourd'hui que la question personnelle, et qu'il reprendra la question scientifique dans la prochaine séance.

MM. Ricord et Lagneau prennent ensuite la parole. Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer au prochain numéro le résumé de leurs discours.

A cinq heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret.

Séance du 8 *juillet* 1851. — Présidence de M. Orfila.

Névralgies.

M. Notta (de Lisieux) adresse un mémoire *Sur les lésions qui sont sous la dépendance des névralgies.* L'étendue de ce mémoire rend toute analyse impossible dans le peu de temps que nous pouvons consacrer à sa lecture. (Commissaires : MM. Longet et Grisolle.)

Mercure dans le lait.

M. J. Personne envoie un travail sur l'analyse du lait chez les animaux soumis au traitement mercuriel. Il résulte de cette analyse que le mercure passe réellement dans le lait de ces animaux. (Commissaires : MM. Caventou et Gaulthier de Claubry.)

Suette miliaire.

M. le professeur Lordat (de Montpellier) envoie des renseignements que lui avait demandés l'Académie sur l'épidémie de la suette miliaire qui a régné dans plusieurs communes du Midi.

Eaux minérales.

M. Soubeyran lit trois rapports sur les eaux minérales de :

Bétou-Baroches (Seine-et-Marne). — Conclusions défavorables. (Adoptées.)

Magnes-lez-Hameaux. — Ajournement. (Adopté.)

Brucourt (Calvados). — Ajournement. (Adopté.)

Le même membre fait un quatrième rapport sur un travail de M. Filhol, relatif aux eaux minérales sulfureuses de Bagnères-de-Luchon et aux eaux minérales sulfureuses en général. Nous publierons ce rapport intéressant.

Tubercules du testicule.

M. Malgaigne lit un mémoire sur un nouveau procédé opératoire applicable au fongus du testicule. Nous ferons connaître plus tard le résumé de ce travail.

Discussion sur le pemphigus des nouveau-nés.

M. Dubois a la parole, et prononce un discours dont l'étendue nous interdit la publication.

M. Gibert. Je ne veux point rentrer dans la discussion; mais pourtant je désire ne pas laisser passer sans protestation deux faits importants qui ont été méconnus.

1° On a dit que la peau se prêtait à toutes les manifestations possibles sous l'influence de la syphilis.

C'est une erreur. Il y a des éruptions, et notamment celles qui constituent particulièrement les *dartres* (savoir, l'*impétigo* et l'*eczéma*), qui ne se rencontrent point au nombre des *syphilides;* et d'ailleurs, celles-ci, lors même qu'elles revêtent des formes analogues à des éruptions d'une autre nature, offrent cependant des caractères propres qui servent à établir le diagnostic.

Or, ne l'oublions pas, si notre époque peut revendiquer quelques progrès (et, pour ma part, je suis disposé à ne pas lui accorder beaucoup), c'est assurément le perfectionnement et la précision du diagnostic.

Ce serait rétrograder et non progresser que de se contenter aujourd'hui des indications vagues, et notamment du *commémoratif,* qui trop souvent suffisaient à nos devanciers pour établir que telle ou telle affection *pouvait* dépendre d'une diathèse syphilitique.

2° On a dit encore que c'était aux recherches toutes modernes qu'on devait la découverte de ce fait important de pathologie syphilitique, savoir : que des maladies simulant la pneumonie, la phthisie, les névroses et une foule de lésions internes regardées généralement comme étrangères à la syphilis pouvaient être rapportées à cette cause.

Eh bien! c'est le contraire qui est vrai. Presque tous les médecins du siècle dernier et de la première partie de celui-ci admettaient avec une grande facilité l'étiologie syphilitique pour beaucoup de lésions viscérales ou autres, et c'est pour cela qu'ils proclamaient le vice syphilitique un *protée* qui pouvait se déguiser sous toutes les formes.

Aujourd'hui, nous sommes plus scrupuleux, et nous ne déclarons syphilitiques que les lésions qui s'offrent avec des caractères propres à les distinguer des maladies étrangères à la syphilis. C'est là qu'est le progrès, le contraire serait un pas rétrograde.

Si donc nous applaudissons aux efforts de MM. P. Dubois et Depaul pour élucider les points obscurs de l'histoire de la cachexie syphilitique chez le fœtus et chez le nouveau-né, si nous désirons vivement les voir poursuivre d'aussi intéressantes recherches, c'est à la condition toutefois que chez l'enfant comme chez l'adulte on arrivera à assigner aux lésions déclarées syphilitiques des caractères propres à les distinguer sûrement des autres.

Jusque-là nous devrons rester dans le doute.

— M. Amussat présente un malade chez lequel il a guéri par la galvano-puncture un anévrisme de l'artère cubitale.

Ablation du maxillaire supérieur.

M. Baudens présente un malade auquel il a enlevé, il y a vingt-quatre jours, l'os maxillaire supérieur gauche en entier: une portion du maxillaire droit, tout le vomer, les cornets, une portion de l'os molaire et la face nasale de l'ethmoïde.

Il a employé le procédé de M. Velpeau, modifié en raison du développement et de l'altération des parties osseuses que j'ai dû enlever.

La guérison a marché rapidement et sans entraves, dit M. Baudens, grâce à la glace appliquée localement et pendant plusieurs jours, ainsi que je le fais avec tant de succès depuis vingt ans pour combattre toutes les lésions indistinctement, pourvu qu'elles proviennent de *cause traumatique.*

M. Baudens dépose en même temps l'observation détaillée de ce fait intéressant.

La séance est levée à cinq heures un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 *juin* 1851. — Présidence de M. Rayer.

Hémostatiques.

M. Sédillot adresse une note sur les effets hémostatiques de l'eau de M. Pagliari, pharmacien à Rome. M. Sédillot rapporte, dans cette note, huit exemples d'hémorrhagies arrêtées d'une manière définitive par l'eau hémostatique de M. Pagliari, dans des conditions variées d'hémorrhagies primitives et consécutives, artérielles et veineuses.

Rupture du ligament rotulien.

M. Baudens communique un mémoire sur la rupture du ligament rotulien. (*Voir* page 216.)

Température animale.

MM. Aug. Duméril, Demarquay et Lecointe adressent un quatrième et dernier mémoire sur les modifications imprimées à la température animale par l'introduction dans l'économie de différents agents thérapeutiques. Ce dernier mémoire est relatif aux *stupéfiants.* Nous publierons ce travail.

Séance du 7 juillet 1851. — Présidence de M. Rayer.

De la production d'électricité dans un muscle au moment de la contraction.

M. Mateucci communique la note suivante :

Mes expériences, dit M. Mateucci, prouvent incontestablement, et par un procédé indépendant de toute cause d'erreur, qu'il y a production d'électricité dans un muscle au moment de la contraction, et que cette production se fait avec des lois déterminées. Le phénomène électrique qui se produit dans le muscle contracté est instantané, et consiste dans une décharge électrique qui parcourt la masse musculaire dans le sens même de la ramification de ses gros troncs nerveux. Dans une autre communication faite à l'Académie, j'ai exposé les expériences et les considérations par lesquelles j'ai été amené à conclure que le phénomène électrique de la contraction musculaire est indépendant des courants électriques de l'organisme vivant. La découverte de ce phénomène complète les analogies déjà si intimes entre la contraction musculaire et la décharge électrique de la torpille et des autres poissons, et nous conduit à expliquer les phénomènes et la loi de la contraction indirecte.

Je considère comme une des expériences les plus concluantes pour la théorie des phénomènes électro-physiologiques celle que j'ai montrée dernièrement dans une leçon sur la fonction des poissons électriques. En disposant les nerfs des grenouilles galvanoscopiques très sensibles sur des morceaux pris, sur la même torpille vivante, de son organe électrique et de ses muscles, on voit, en irritant d'une manière quelconque les filaments nerveux qui se distribuent dans ces morceaux, les contractions éveillées dans les grenouilles. La différence des phénomènes électriques ainsi obtenus dans l'organe de la torpille et dans les muscles ne consiste que dans l'intensité et dans la durée de ces phénomènes, plus grandes dans un cas que dans l'autre. Ainsi, avec un morceau de l'organe de la torpille qui n'est pas plus grand que la tête d'une grosse épingle, on obtient le phénomène de la décharge électrique en irritant avec la pointe d'un canif les filets nerveux, et en conservant ce morceau d'organe dans la position naturelle qu'il avait dans le poisson, il est facile de démontrer que la décharge y conserve la même direction que dans l'organe entier. En prenant le morceau de muscle sur une grenouille très vivace, et en irritant ses filets nerveux, on obtient également les phénomènes électriques qui sont ceux que j'ai appelés la contraction indirecte. En réfléchissant à la grosseur des nerfs qui se ramifient dans l'organe électrique des poissons, à la mauvaise conductibilité de la matière de l'organe en comparaison de celle de la substance musculaire, on peut concevoir l'intensité différente des effets électriques obtenus dans les deux cas. Toujours est-il que dans le muscle, comme dans l'organe de la torpille, l'excitation du nerf produit un développement d'électricité; l'action du nerf excité s'exerce sur la fibre musculaire et sur les prismes des organes électriques transversalement, et en développant les deux états électriques dans un sens déterminé, relativement au sens dans lequel l'excitation nerveuse se propage; les extrémités des fibres musculaires et celles des prismes sont les pôles de ces appareils électriques, et l'intensité des phénomènes électriques obtenus est proportionnelle à la longueur des fibres et des prismes.

— M. le Dr Ch. Guérin, de Valence, adresse un mémoire sur la simplification des acconchements.

Nouvelle théorie de l'endosmose.

M. Béclard donne lecture d'une série de nombreuses expériences fort délicates et très-précises sur le phénomène remarquable et encore inexpliqué de l'endosmose. De toutes ces expériences, M. Béclard déduit les conclusions suivantes :

1° Toutes les fois que deux liquides peuvent se mélanger en tout ou en partie, le mélange se fait alors même qu'on interpose entre eux une membrane organique.

2° Le mélange des liquides se fait en vertu d'une force moléculaire qui n'est pas la même pour chacun d'eux.

Lorsque deux liquides se trouvent librement en présence, la pesanteur qui maintient invariablement l'équilibre ne permet pas de constater la partie inégale que chacun d'eux prend au phénomène.

L'interposition d'une membrane entre deux liquides qui peuvent se mélanger met en évidence l'inégalité de force attractive des deux liquides.

3° La force attractive des liquides en contact paraît varier comme leurs chaleurs spécifiques.

Dans les phénomènes d'endosmose, les liquides qui ont la chaleur spécifique la plus grande marchent vers ceux qui l'ont plus petite; ou, en d'autres termes, les liquides qui ont la chaleur spécifique la plus petite attirent ceux qui l'ont plus grande avec plus de force qu'ils ne sont attirés par eux.

S'il m'était permis de généraliser le phénomène, je dirais : la force en vertu de laquelle les molécules liquides s'attirent est en raison inverse de leur chaleur de constitution.

4° Ce qui est vrai pour les liquides l'est aussi pour les gaz, en les prenant sous le même volume et la même pression.

5° Les mouvements d'endosmose peuvent donc être considérés comme des phénomènes moléculaires de chaleur latente.

6° Ceci explique pourquoi l'eau, qui de tous les liquides a la chaleur spécifique la plus considérable, s'endosmose vers tous les liquides; pourquoi l'hydratation des liquides détermine ou change la direction des courants; pourquoi les animaux soumis à un renouvellement perpétuel de matière perdent continuellement de l'eau par les sécrétions urinaires, cutanées et pulmonaires, pour mettre l'économie en mesure de recevoir dans son sein les matériaux dissous de la nutrition et de la chaleur.

Ces divers points seront développés dans la suite de ce travail.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

La lettre suivante a été adressée à M. le rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux.*

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous remercier, au nom de la commission générale, de l'empressement que vous avez mis à accueillir ses vœux en insérant dans la *Gazette des Hôpitaux* la consultation pour l'Association des Médecins du département de la Seine.

Je viens aujourd'hui vous annoncer que le tribunal a prononcé, hier 5 juillet, son jugement dans l'affaire du docteur Boullard.

Il a jugé que le privilége du médecin devait primer celui du propriétaire.

Le jugement est très fortement motivé.

L'Association, qui a fait *tous les frais du procès*, est heureuse d'avoir trouvé encore une fois l'occasion de soutenir un principe vrai, et de donner une nouvelle preuve de sa sollicitude pour les intérêts professionnels.

La commission générale, monsieur, aime à espérer que vous ferez connaître la décision du tribunal dans un des prochains numéros de votre journal.

Agréez, etc. Dr Perdrix, secrétaire-général.

— Un procès intenté à l'*Union médicale* par M. Chassaignac a été jugé hier. L'*Union médicale* a été condamnée à 100 fr. d'amende, 200 fr. de dommages-intérêts, à l'insertion des lettres qui lui avaient été écrites par M. Chassaignac et dont l'insertion avait été refusée ou incomplétement faite, et aux frais du procès.

— Le bruit avait couru que l'épidémie de suette qui a sévi dans quelques localités du Midi s'était propagée jusqu'à Lyon. Le fait est inexact. La Société nationale de médecine, interrogée à cet égard dans sa dernière séance, a répondu négativement. A cette occasion, M. Angelot, médecin en chef de l'hôpital militaire, a déclaré que deux cas avaient été signalés dans cet établissement, mais qu'après vérification faite par lui-même, il avait reconnu qu'il y avait eu erreur, et que l'on avait pris pour la suette une éruption de scarlatine miliaire. M. Roy a eu dans son service deux légers cas de suette semblables à ceux que l'on observe chaque année dans le courant de l'été. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— La première partie de l'*Annuaire des eaux de la France* paraîtra dans le courant de cette semaine. Ce volume est uniquement consacré aux *eaux douces;* l'autre partie, qui comprend les *eaux de mer* et des *salines*, les *eaux minérales* et les *eaux modifiées par l'agriculture et l'industrie*, sera livrée avant la fin de l'année. Les membres de la commission nommée par l'Académie de Médecine et la Société centrale d'agriculture tiennent à honneur de remplir l'engagement qu'ils ont pris envers le public scientifique, qui leur saura gré de leurs efforts et de leur persévérance.

Lesourd.

Paris. — Typographie Plon frères, rue de Vaugirard, 36.